Psicología clínica

Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión

Sexta edición

Timothy J. Trull
E. Jerry Phares



CONTENIDO

PARTE 1 Fundamentos de psicología clínica

PARTE 2 Evaluación clínica

PARTE 3 Intervenciones clínicas

PARTE 4 Especialidades en la psicología clínica

CONTENIDO

PARTE 1 FUNDAMENTOS DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

1 Psicología clínica: una introducción 3

2 Panorama histórico de la psicología clínica 31

PARTE 2 EVALUACIÓN CLÍNICA

8 Evaluación de la personalidad 204

9 Evaluación conductual 240

17 Psicología de la salud y medicina conductual 458

18 Neuropsicología 485



19 Psicología forense 508

20 Psicologías pediátrica y clínica infantil 528

PREFACIO

¡Bienvenido a la sexta edición de *Psicología clínica: conceptos, métodos y profesión*! Esta nueva edición incorpora diversas revisiones a fin de: 1) mantener el texto al día respecto de los cambios y tendencias en el campo, 2) hacer el libro más fácil para los estudiantes y profesores, 3) incorporar una cobertura más amplia de temas relacionados con la cultura, el género y la diversidad, 4) enfocarse en el impacto de los servicios de salud subsidiados en el área de la psicología clínica, 5) subrayar la importancia e influencia de los enfoques con sustento empírico para el tratamiento y la evaluación, y 6) proporcionar más recursos para ayudar tanto a los estudiantes como a los profesores. Nos gustaría resaltar en forma breve algunos de estos cambios.

Desafíos continuos para la psicología clínica

Además de las revisiones generales relacionadas con la actualización de un libro de texto, realizamos una mayor exposición de lo que consideramos los principales desafíos para el campo de la psicología clínica. Las preguntas que guiaron nuestras revisiones incluyen las siguientes:

- ¿Qué características definen la psicología clínica y qué aspectos de ésta la hacen una especialidad única? Estos problemas se exponen en el capítulo 1 (Psicología clínica: una introducción).
- ¿Cuáles son las tendencias actuales evidentes en los servicios de salud subsidiados y cómo podrían afectar la práctica de la psicología clínica? Exponemos estas tendencias (por ejemplo, elevación de los costos de la atención de la salud, los psicólogos que tienen que abrir la puerta de sus propios consultorios) y su impacto potencial en los capítulos 3 (Problemas actuales en la psicología clínica) y 11 (Intervenciones psicológicas). Estos temas también surgen en los capítulos sobre varias formas de psicoterapia (Caps. 12-15) y sobre varias especialidades de la psicología clínica (Caps. 16-20).
- ¿Cuáles son los principales modelos de enseñanza usados para capacitar a los futuros psicólogos clínicos y cuáles modelos tienen mayor probabilidad de éxito? El capítulo 3 (Problemas actuales en la psicología clínica) se centra en el profesional científico, el científico clínico, el doctorado en psicología, la escuela profesional y los modelos científicos y profesionales combinados.
- ¿Cuáles son los principales tratamientos con sustento empírico y cómo se ponen en práctica? ¿Dichos tratamientos son compatibles con la atención médica subsidiada? Exponemos problemas generales respecto de los tratamientos con sustento empírico en el capítulo 11 (Intervenciones psicológicas) y luego presentamos información respecto de tratamientos con sustento empírico específicos en los capítulos 12-15 y en algunos de los capítulos sobre "especialidades" (Caps. 16-20).
- ¿Cuáles procedimientos de evaluación clínica tienen el mayor sustento empírico? Aunque éste puede ser un problema complicado para abordarlo, en los capítulos 6-10 presentamos la evidencia (en apoyo y, en algunos casos, en contra) para una amplia variedad de procedimientos de evaluación (por ejemplo, entrevistas estructuradas, medidas de reporte personal, técnicas proyectivas, pruebas de inteligencia, métodos de evaluación conductual).
- ¿Cómo influyen los aspectos culturales, de género y étnicos en la práctica de la psicología

clínica? Exponemos a lo largo del libro cómo un psicólogo clínico podría proporcionar servicios de salud mental siendo susceptible a la cultura, pero en particular en los capítulos 3 y 11.

- ¿Qué áreas de especialidad de la psicología clínica están preparadas para crecer en el futuro y por qué? Nos enfocamos en cinco áreas de especialidad que entran en esta caracterización: la psicología comunitaria, la psicología de la salud y la medicina conductual, la neuropsicología, la psicología forense y la psicología clínica infantil y pediátrica (Caps. 16-20).
- ¿Cómo han influido los puntos de vista biológicos y genéticos en la investigación, evaluación y prácticas de tratamiento de los psicólogos clínicos? Esta exposición se incorpora a lo largo del libro, pero en especial en los capítulos 5 (Diagnóstico y clasificación de problemas psicológicos), 7 (Evaluación de la inteligencia), 9 (Evaluación conductual), 11 (Intervenciones psicológicas), 17 (Psicología de la salud y medicina conductual), 18 (Neuropsicología) y 20 (Psicologías clínica infantil y pediátrica).

Cultura, género, y etnicidad

Esta edición incorpora más información concerniente a los problemas importantes de la cultura, el género y la etnicidad. Primero, cuando hay estadísticas disponibles respecto de estas características en el contexto del tratamiento y la evaluación (por ejemplo, "Servicios de salud mental susceptibles a la cultura" en el Cap. 3). Segundo, se ofrece y comenta la investigación que examina la influencia de la cultura, el género y la etnicidad en la evaluación y tratamiento (por ejemplo, el recuadro 17-2, "Etnicidad y resultados del cáncer"). Por último, hay sugerencias prácticas respecto de la forma en que los psicólogos clínicos deberían incluir estas consideraciones en sus prácticas de evaluación y tratamiento (por ejemplo, el recuadro 11-1, "Competencia cultural").

El futuro de la psicología clínica

En general, pensamos que el futuro de la psicología clínica es brillante. Algo que pone a los psicólogos clínicos aparte de otros profesionales de la salud mental es su rigurosa capacitación para la investigación, así como su capacitación en métodos de evaluación e intervenciones con sustento empírico. Por consiguiente, es probable que se pida a los psicólogos clínicos que *planeen* y *realicen* investigaciones sobre varias formas de problemas psicológicos, al igual que investigación que evalúe los métodos de valoración y las intervenciones dirigidas a esos problemas. Creemos que en el futuro es menos probable que se solicite a los psicólogos clínicos que proporcionen servicios directos (por ejemplo, psicoterapia). Hay muchas razones para esto, pero la principal es que el campo de la salud mental se está saturando con proveedores de servicios de otras disciplinas. En la mayor parte de los casos, estos otros profesionales cobran menos por sus servicios. Por consiguiente, es probable que tengan menos demanda algunas de las funciones "tradicionales" desempeñadas por los psicólogos clínicos (por ejemplo, la práctica privada). A pesar de estas tendencias, todavía es esencial que los psicólogos clínicos obtengan capacitación en evaluación e intervención. Se les pedirá que supervisen la enseñanza de los proveedores de servicios directos y que evalúen la efectividad de las intervenciones que se ponen en práctica.

Además de nuestros pronósticos para el campo que aparecen a lo largo del libro, una característica nueva de esta edición proporciona varios puntos de vista muy interesantes. La mayor parte de los capítulos en esta edición presenta uno o dos "perfiles" de psicólogos que son expertos notables en sus especialidades. Estos perfiles no sólo presentan los antecedentes de estos individuos (y proporcionan, quizás, algún indicio de por qué se volvieron psicólogos), sino también sus predicciones para el futuro de la psicología clínica y de sus especialidades. Los perfiles nos dan un vislumbre raro de las vidas diarias de estos psicólogos muy conocidos al igual que de sus pensamientos sobre la psicología clínica. ¡Puede sorprenderle lo que dicen! Aquí se proporciona una lista de estos psicólogos prominentes:

Judith Beck, Ph. D., *Beck Institute of Cognitive Therapy and Research*
Yossef Ben-Porath, Ph. D., *Kent State University*
Simon Budman, Ph. D., *Innovative Training Systems*

Patrick DeLeon, Ph. D., *Staff, United States Senate*
David DuBois, Ph. D., *University of Missouri*
John Exner, Ph. D., *Rorschach Workshops*
Howard Garb, Ph. D., *Pittsburgh VA Health System*
Leslie Greenberg, Ph. D., *York University*
Stephen Haynes, Ph. D., *University of Hawaii*
Elaine Heiby, Ph. D., *University of Hawaii*
Brick Johnstone, Ph. D., *University of Missouri*
Richard McFall, Ph. D., *Indiana University*
Beth Meyerowitz, Ph. D., *University of Southern California*
Lizette Peterson, Ph. D., *University of Missouri*
Martin Seligman, Ph. D., *University of Pennsylvania*
Kenneth Sher, Ph. D., *University of Missouri*
Hans Strupp, Ph. D., *Vanderbilt University*
Samuel Turner, Ph. D., *University of Maryland*
Thomas Widiger, Ph. D., *University of Kentucky*
Lawrence Wrightsman, Ph. D., *University of Kansas*

Recursos para el éxito del estudiante

Deseamos que los estudiantes que utilicen este texto dominen el material que se presenta y, además, se inspiren para buscar más allá de lo que hay en estas páginas y obtener más información relevante al campo de la psicología clínica. Tal vez ésta sea una tarea ardua, pero para ese fin ofrecemos varios recursos adicionales.

- Al principio de cada capítulo se presenta un bosquejo del mismo y preguntas principales.
- Al final de cada capítulo se presentan y definen los términos clave.
- Cada capítulo termina con un resumen de su contenido.
- Al final de cada capítulo se presentan sitios web de interés.

Una característica nueva muy emocionante es el sitio del libro en la página de Thomson (http://www.thomsonlearning.com.mx). Allí encontrará ilustraciones correspondientes a los capítulos, así como 45 fragmentos de video de pacientes que exhiben los síntomas de una amplia gama de trastornos clasificados en el DSM-IV (por ejemplo, trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, de la personalidad y por uso de sustancias). Así, como puede ver, se han incorporado muchos cambios en la sexta edición de *Psicología clínica*. En el pasado, hemos apreciado los comentarios y la retroalimentación tanto de los estudiantes como de los profesores. Espero su retroalimentación también en esta sexta edición.

Agradecimientos y créditos

Los proyectos grandes como éste requieren inspiración, experiencia externa y guía profesional. Este proyecto ha sido inspirado por muchas clases de individuos (algunos de los cuales incluso son psicólogos clínicos). Mi gratitud más profunda va para la compañera de mi vida, Meg, mis hijas Molly y Janey, mis padres, Kenny Sher, Tom Widiger, Rich Lapan, Tom DiLorenzo, Jay Farrar y Jeff Tweedy.

Soy afortunado en extremo por haberme beneficiado con la experiencia del personal de Wadsworth, incluyendo a Tanya Nigh, Suzanne Wood, Stephen Rapley, Marc Linsenmann y Annie Berterretche. Deseo agradecer en especial a Marianne Taflinger y Vicki Knight, cuyo apoyo infatigable para este proyecto también ha sido una fuente de inspiración.

También deseo agradecer a quienes accedieron a que se incluyera su "perfil" en este libro (véase la lista anterior). Encuentro sus comentarios interesantes y estimulantes.

La retroalimentación y comentarios de los revisores de los capítulos de este libro fueron útiles en extremo: Joyce Carbonnell, Florida State University; Michael Connor, CSU-Long Beach; Nancy Davis, Birmingham-Southern College; Patricia DiBartolo, Smith College; David Dubois, University of Missouri-Columbia; Jan Gillespie, SUNY-Brockport; Paul Guthrie, Midwestern State University; David Harder, Tufts University; Cooper Holmes, Emporia State University; Randolph Lee, Trinity College; Patrick Leverett, The Citadel; Raymond Lorion, University of Pennsylvania; Martin Murphy, The University of Akron; Pamela Balls Organista, University of San Francisco; Catherine Pittman, Saint Mary's College; Jeffrey Ratliff-Crain, University of Minnesota at Morris; Dennis Saccuzzo, San Diego State University Columbia; David Shapiro, John Jay College of Criminal Justice; Steven Shapiro,

PARTE

1

Fundamentos de psicología clínica

CAPÍTULO UNO

Psicología clínica: una introducción

PREGUNTAS PRINCIPALES

1. ¿Qué distingue a un psicólogo clínico de otros profesionales enfocados en la salud mental?
2. ¿Cómo integra un psicólogo clínico la investigación y la práctica (el trabajo clínico)?
3. ¿Qué tendencias actuales es probable que afecten las funciones futuras de los psicólogos clínicos?
4. ¿Cuáles son los componentes principales de un programa de doctorado en psicología clínica?
5. ¿Cuáles son los requisitos generales para el estudio avanzado de la psicología clínica?

RESEÑA DEL CAPÍTULO

¿Qué es la psicología clínica?

Profesiones de la salud mental íntimamente relacionadas
Psiquiatras
Psicólogos consejeros
Otros profesionales de la salud mental

El psicólogo clínico
Actividades de los psicólogos clínicos
Lugares de trabajo
Una semana en la vida de la Dra. Karen C.
Algunas notas demográficas
Investigación y tradición científica
¿Arte o ciencia?

Enseñanza: hacia una identidad clínica
Panorama
Programas de enseñanza clínica

Admisión a programas para graduados
Paso 1: conocer el programa
Paso 2: materiales de solicitud
Calificaciones esenciales

Una profesión en movimiento
Demografía
Modelos de enseñanza
Práctica clínica

Tolerancia a la ambigüedad y sed de conocimientos nuevos

RESUMEN DEL CAPÍTULO
TÉRMINOS CLAVE
SITIOS WEB DE INTERÉS

¿Qué es la psicología clínica?

¿Qué es un *psicólogo clínico?* Aunque parece que estamos inundados de descripciones reales y ficticias de psicólogos clínicos en los medios de comunicación, el público en general sigue bastante confundido acerca de lo que hacen los psicólogos, así como de sus antecedentes educativos (J. Peterson, 1995). Quizá esto no debería ser tan sorprendente dado que los psicólogos clínicos conforman un grupo heterogéneo por lo que respecta a edad, género, lealtad teórica y funciones (Norcross, Karg y Prochaska, 1997a, 1997b). Después de todos estos años, la gente aún confunde a los psicólogos clínicos con los médicos generales. Algunos siguen creyendo que psicología clínica y psicoanálisis son sinónimos. Otros ven un poco de médico brujo en los psicólogos clínicos, mientras que otros más los consideran en cierto modo peculiares. Por suerte, muchos los ven como investigadores, terapeutas o miembros de sociedades profesionales de prestigio.

En un intento reciente por definir y describir la psicología clínica, J.H. Resnick (1991, p. 7) ha propuesto la siguiente definición y descripción de psicología clínica:

> El campo de la psicología clínica comprende investigación, enseñanza y servicios importantes para las aplicaciones de los principios, métodos y procedimientos para el entendimiento, la predicción y el alivio de la desadaptación, la discapacidad y la aflicción intelectual, emocional, biológica, psicológica, social y conductual, aplicados a una gran variedad de poblaciones de clientes.

Según Resnick, las áreas de habilidad centrales para el campo de la psicología clínica incluyen la evaluación y el diagnóstico, la intervención o tratamiento, la consulta, la investigación y la aplicación de principios éticos y profesionales. A los psicólogos clínicos se les distingue por su experiencia en las áreas de la personalidad y la psicopatología, y por la integración que hacen de ciencia, teoría y práctica.

Aunque esta definición describe lo que hacen los psicólogos clínicos y las habilidades que poseen, también debemos tomar nota de cómo ven otros la profesión y tratar de corregir cualquier imagen falsa. El propósito principal de este primer capítulo es aclarar la naturaleza de la psicología clínica describiendo lo que hacen los psicólogos clínicos y dónde lo hacen, cómo llegaron a la práctica clínica y en qué difieren de otros profesionales que también atienden las necesidades de salud mental de la gente. En el proceso, deberemos obtener un mejor entendimiento del campo de la psicología clínica.

Profesiones de la salud mental íntimamente relacionadas

Antes de que examinemos la naturaleza de la psicología clínica, revisaremos en forma breve algunas de las otras profesiones importantes dentro del campo de la salud mental. Debido a que la mayor parte de la confusión reside en comparar la psicología clínica con la psiquiatría y con la psicología de consejo, concentraremos la mayor parte de nuestra exposición en estos dos campos. Al seguir esta revisión podremos presentar mejor las características que confieren su identidad única a la psicología clínica.

Psiquiatras

El *psiquiatra* es un médico. La psiquiatría tiene sus raíces en la tradición médica y existe dentro de la estructura de la medicina organizada. Por tanto, los psiquiatras con frecuencia están de acuerdo con el poder y la posición de la profesión médica, aun cuando su herencia intelectual proviene de las contribuciones no médicas de Freud, Jung, Adler y otros. Aunque los últimos fueron médicos, se salieron de la tradición médica para desarrollar un sistema psicoanalítico de pensamiento que tenía muy poco que ver con la medicina. La profesión psiquiátrica ha presionado en forma estruendosa y eficaz por una posición superior en la jerarquía profesional de la salud mental, y gran parte del argumento de la profesión se ha basado en sus antecedentes médicos.

Debido a su preparación médica, los psiquiatras pueden ejercer como médicos: pueden prescribir medicamentos, tratar padecimientos físicos y realizar exámenes físicos. Además de concentrarse en la psicoterapia y el diagnóstico psiquiátrico, usan una variedad de medicamentos al tratar las dificultades psicológicas de sus pacientes. Además, su preparación médica hace que sean potencialmente más capaces para reconocer problemas

médicos que puedan estar contribuyendo a la aflicción psicológica del paciente. No obstante, como sugiere el recuadro 1-1, incluso estas líneas tradicionales que han servido para distinguir a los psiquiatras de los psicólogos clínicos pueden hacerse más difusas en el futuro.

Tras la culminación de su carrera médica y del servicio como interno que se pide a todos los médicos, el futuro psiquiatra típico recibe instrucción psiquiátrica durante un periodo de residencia que va de tres a cuatro años. Este periodo de aprendizaje implica trabajo supervisado con pacientes en un establecimiento hospitalario o de consulta externa, algunas veces acompañado de seminarios, lecturas, debates y actividades relacionadas. La cantidad de trabajo académico psiquiátrico formal varía, pero la experiencia medular en la preparación es el tratamiento de pacientes bajo la supervisión de un psiquiatra más experimentado.

La siguiente descripción de lo que es un psiquiatra aparece en la página web de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense (APA, por sus siglas en inglés):

> El psiquiatra está capacitado para diagnosticar si los que aparentan ser "problemas psiquiátricos" son en realidad la manifestación de un padecimiento médico psiquiátrico subyacente o no. Aunque los psiquiatras están capacitados en psicoterapia, también se les capacita para revisar historias médicas, examinar pacientes, analizar informes de laboratorio, llevar historiales clínicos detallados y prescribir medicamentos, así como en la química y la biología de la forma en que operan e interactúan los medicamentos.

En contraste con los psiquiatras, los psicólogos clínicos reciben poco entrenamiento en medicina, reciben una capacitación más extensa en el comportamiento humano y la evaluación formal del funcionamiento psicológico, y reciben una capacitación extensa en métodos de investigación científica (Kiesler, 1977).

La psiquiatría ya no disfruta del prestigio y la popularidad que alguna vez tuvo. La proporción de graduados de escuelas médicas que eligen residencias psiquiátricas ha declinado de manera general desde 1970 (Sierles y Taylor, 1995). En 1994, sólo 3.4% de los graduados de escuelas médicas en Estados Unidos eligieron la psiquiatría, el porcentaje más bajo desde 1929 (Sierles y Taylor, 1995). Las razones que se ofrecen para esta disminución incluyen el reciente énfasis que ha puesto la psiquiatría en los planteamientos biológicos (haciendo así el campo más convencional y similar a otras especialidades médicas), el impacto económico del cuidado controlado en la práctica psiquiátrica y el incremento en la competencia de parte de otras especialidades en salud mental, como la psicología clínica (Sierles y Taylor, 1995).

Por lo que respecta a los psiquiatras que ejercen, una encuesta reciente puso de relieve varias tendencias demográficas (Zarin y cols., 1998). Primera, en la actualidad un porcentaje más alto de psiquiatras son mujeres (25% en 1996 frente a 14.5% en 1982). Además, en años recientes se ha visto una proporción más alta de psiquiatras pertenecientes a grupos étnicos minoritarios. Por último, el promedio de horas trabajadas por semana entre los psiquiatras en ejercicio ha disminuido.

Psicólogos consejeros

Las actividades de los *psicólogos consejeros* coinciden en forma parcial con las de los psicólogos clínicos. Por tradición, los psicólogos consejeros trabajan con individuos normales o moderadamente desadaptados. Su trabajo puede abarcar consejería de grupo o consejería individual. Su principal método de evaluación suele ser la entrevista, pero también aplican pruebas (por ejemplo, valoración de habilidades, personalidad, intereses y aptitud vocacional). Desde el punto de vista histórico, han hecho del asesoramiento educativo y ocupacional un gran negocio. En fecha más reciente, muchos psicólogos consejeros han comenzado a emplear técnicas cognoscitivas conductuales e incluso retroalimentación biológica.

De manera tradicional, las áreas de empleo más frecuentes para los psicólogos consejeros han sido las instalaciones educativas, en especial colegios y universidades. Sin embargo, estos especialistas (al igual que los psicólogos clínicos) también trabajan en hospitales, centros de rehabilitación, clínicas de salud mental y la industria. Un buen ejemplo del tipo de trabajo que realizan en las instalaciones educativas lo sugiere el encabezado de un artículo que apareció en un periódico universitario hace algunos años: "el Centro de Consejería responde a las necesidades de los estudiantes casados". A continuación, el artículo describe las sesiones de consejería de grupo diseñadas para ayudar a los estudiantes que son padres, a enfrentar los pro-

RECUADRO 1-1

Pero, ¿recetar es correcto para la psicología clínica?

Recientemente, varios psicólogos clínicos han manifestado la esperanza de que quizá al fin se les conceda el mismo privilegio que los psiquiatras han disfrutado desde hace mucho: extender recetas. En particular, quieren prescribir psicotrópicos que afectan la actividad mental, el estado de ánimo o el comportamiento. Como lo expuso Handler (1988), parece que quieren "hacer lo que hacen los psiquiatras, pero hacerlo mejor: una propuesta es la de visitar solamente a un especialista y, de tal modo, ser más competitivos en el mercado impidiendo que nuestra profesión se vuelva obsoleta" (p. 44). Handler agrega que la respuesta de algunos a todo esto es refunfuñar: "si yo hubiera querido ser psiquiatra, habría ido a una escuela de medicina". Para otros es: "¿crees que en verdad podríamos?" En general, las respuestas de muchos parecen de elevado apoyo.

Pero otros insistirían en ser precavidos aquí: sugieren que la razón por la cual ha prosperado la psicología clínica es porque es *diferente* de la psiquiatría. Los psicólogos clínicos han desarrollado habilidades únicas en la evaluación psicológica. Han formado una profesión sobre una sólida base científica. Imitar a la psiquiatría mediante un intento mal aconsejado de extender recetas ayudaría a destruir la verdadera singularidad de la psicología clínica, dicen.

Los psicólogos clínicos con frecuencia hacen énfasis, ante los clientes preocupados, en su autonomía y en la necesidad de que ellos, como clientes, colaboren con el terapeuta en el proceso de cambio. En contraste, los psiquiatras a menudo provienen de una tradición autoritaria. El médico es un experto que dice a los pacientes qué es lo que hay de malo en ellos y luego les prescribe medicamentos para corregir las cosas. Por tradición, los psicólogos clínicos se han comprometido con el poder de las palabras ("la cura por la palabra hablada") y el proceso del pensamiento y del aprendizaje social. No aprueban el credo de "se vive mejor mediante la química" cuando se trata de aplicarlo a los problemas psicológicos. Aunque pocos psicólogos clínicos afirmarían que los medicamentos *jamás* se necesitan, muchos argumentarían que a final de cuentas la mayoría de los clientes deben aprender a enfrentar sus problemas en la vida desde el punto de vista psicológico. Ésta parece ser la línea de fondo en el presente: el campo no ha tomado una decisión acerca del valor de los privilegios para recetar. Tenemos mucho más que decir acerca de esto en el capítulo 3.

A pesar de la ambivalencia del campo, la Asociación Psicológica Estadounidense avaló en fechas recientes esta pretensión (Martin, 1995). Esta decisión tiene implicaciones importantes para la investigación, la enseñanza y la práctica. Por ejemplo, se requerirían cambios importantes en la enseñanza de posgrado para preparar psicólogos clínicos con esta nueva función.

¿Qué opinan de esto los directores de enseñanza clínica? Riley, Elliott y Thomas (1992) condujeron una encuesta entre graduados en psicología y directores de enseñanza en internado seleccionados al azar respecto de los privilegios para recetar. A la pregunta "¿Debería la psicología aspirar a los privilegios para recetar?", la mayoría de los directores de enseñanza (66.4%) respondió "definitivamente no", "probablemente no" o "no estoy seguro". Además, 66.3% de los directores de enseñanza indicaron que su facultad no estaría dispuesta a realizar cambios en sus respectivos programas de estudio si se le concedieran los privilegios para recetar. Una mayoría de los directores de enseñanza (75%) indicó que sus programas de estudio tendrían que extenderse por lo menos un año si se les concedieran los privilegios de recetar a los psicólogos, y 21.3% informó que sus programas tendrían que ser reformados por completo. Como indica esta encuesta, parece haber una gran cantidad de resistencia por parte de los directores de enseñanza hacia la idea de los privilegios de recetar para los psicólogos. Dada esta resistencia, será interesante ver si se le hace honor al respaldo de la APA y si los programas de enseñanza clínica reestructuran su plan de estudios.

blemas especiales que les genera el matrimonio y los hijos en la consecución de sus metas académicas.

En general, los psicólogos consejeros participan en las siguientes actividades: *a*) tratamiento preventivo, *b*) consulta, *c*) desarrollo de programas de extensión académica, *d*) orientación vocacional y *e*) terapia o consejería a corto plazo, desde una hasta quince sesiones (Tipton, 1983). Sin embargo, los consejeros más jóvenes parecen verse cada vez más vinculados con actividades que por tradición están dentro de la esfera clínica, como la psicoterapia. En la actualidad, con frecuencia están menos interesados en la orientación vocacional o el asesoramiento de carrera (Fitzgerald y Osipow, 1988) y cada vez se interesan más en la práctica privada (Zook y Walton, 1989).

Aunque hay varias semejanzas entre la consejería y la psicología clínica, también hay varias características distintivas (Sayette, Mayne y Norcross, 1998). El campo de la psicología clínica es mucho más amplio, en términos de la cantidad de profesionales con doctorado y la cifra de programas de enseñanza acreditados en el nivel de doctorado. En la psicología clínica hay aproximadamente tres veces más programas de doctorado acreditados, que producen cuatro veces más graduados que en psicología de consejería. En contraste con la mayor parte de los programas de psicología clínica, los programas de consejería son incluidos con menos frecuencia en los departamentos de psicología. Por último, los psicólogos consejeros tienden más a brindar servicios a pacientes ligeramente perturbados o desadaptados y son más propensos a especializarse en orientación vocacional o asesoramiento de carrera. Los resultados de una encuesta reciente (Norcross, Sayette, Mayne, Karg y Turkson, 1998) indican varias diferencias más entre los programas de doctorado en psicología clínica y en psicología de consejería:

- Alrededor del doble de personas presentan examen de admisión a programas clínicos, aunque las tasas de aceptación son similares.
- Los promedios de calificación en el examen de admisión para estudiantes que ya tienen un grado universitario, es decir, el Examen de Registro para Graduados (GRE, Graduate Record Examination) de los estudiantes aceptados son ligeramente superiores en los programas clínicos que en los de consejería.
- Los programas de consejería aceptan un porcentaje más alto de estudiantes provenientes de minorías étnicas y de estudiantes con grado de maestría.
- Es más común poner el enfoque de la investigación en problemas de las minorías y transculturales y en los exámenes vocacionales entre el personal docente de consejería en los programas de doctorado.
- Es más habitual concentrarse en la investigación en trastornos psicológicos y en la psicología de la salud clínica entre el personal docente clínico en los programas de doctorado.

La Asociación Psicológica Estadounidense (APA, American Psychological Association) ha acreditado un total de 69 programas de enseñanza en el nivel de doctorado en psicología de consejería (*American Psychologist*, 1998). Se estima que cada año se otorgan más de 500 títulos de doctorado en psicología de consejería (Sayette, Mayne y Norcross, 1998).

Otros profesionales de la salud mental

Trabajadores sociales psiquiátricos. Con frecuencia, las actividades profesionales de los *trabajadores sociales psiquiátricos* parecen similares a las de los psiquiatras y a las de los psicólogos clínicos. Muchos trabajadores sociales psiquiátricos conducen psicoterapias individuales o de grupo y contribuyen al proceso de diagnóstico.

En años anteriores, los trabajadores sociales tendían a tratar con las fuerzas sociales y los agentes externos que estuvieran contribuyendo a las dificultades de los pacientes. El trabajador social elaboraría la historia del caso, entrevistaría a los patrones y a los parientes, haría arreglos para colocar al paciente según su vocación, o daría asesoría a los padres; el psiquiatra conducía la psicoterapia con los pacientes y el psicólogo clínico les aplicaría pruebas. No obstante, estas funciones profesionales se han confundido con los años.

Quizá fue la estrecha asociación entre psiquiatras y psicólogos la que condujo a muchos trabajadores sociales a enfocarse menos en los factores sociales o ambientales y a llegar a preocuparse, como sus colegas, por los factores internos y psicológicos. Sin embargo, parece que ahora muchos trabajadores sociales se están alejando de las influencias psicoanalíticas y

volviendo a su enfoque inicial sobre los determinantes familiares y sociales de la psicopatología.

La profesión de trabajador social ha sido líder en el uso del trabajo de campo supervisado como medio de aprendizaje para los estudiantes. Emplearse en trabajo de campo es parte del programa para obtener el grado de maestría (por lo general el grado terminal para los trabajadores sociales), que por lo regular requiere dos años. Comparado con la capacitación de los psicólogos clínicos y los psiquiatras, la capacitación en trabajo social es más bien breve. Como consecuencia, las responsabilidades del trabajador social por lo general no son tan grandes como las del psiquiatra o el psicólogo clínico. Una característica de los trabajadores sociales es su intensa participación en la vida cotidiana y las tensiones de sus pacientes. Es más probable que visiten el hogar, la fábrica o la calle: los lugares en que sus pacientes pasan la mayor parte de sus vidas. Su función tiende a ser activa y suelen preocuparse menos por las generalizaciones teóricas y abstractas que pueden formularse a partir de un caso particular que por los asuntos prácticos de la existencia.

A muchos trabajadores sociales psiquiátricos se les emplea en dependencias públicas de un tipo o de otro. Algunos se orientan hacia la práctica privada, en que su trabajo en terapia individual o familiar con frecuencia es indistinguible del de los psiquiatras o los psicólogos clínicos. Otros trabajadores sociales operan como parte de equipos de salud mental (psiquiatras, psicólogos clínicos y trabajadores sociales psiquiátricos) en hospitales, dependencias de servicio social o clínicas de salud mental.

En la actualidad, el campo del trabajo social parece estar creciendo tremendamente. Se estima que los trabajadores sociales proveen ahora más de la mitad de los servicios de salud mental en Estados Unidos y es probable que consigan establecerse en una posición aún mejor en el mercado futuro de la salud mental, debido a que son una alternativa de bajo costo a psiquiatras y psicólogos (Clay, 1998). El reclutamiento para los programas de trabajo social sigue en aumento y se predice que el número de trabajadores sociales se incrementará en 34% para el año 2005 (Clay, 1998).

Psicólogos escolares. Los *psicólogos escolares* trabajan con los educadores y otros para promover el crecimiento intelectual, social y emocional de los niños en edad escolar. Para lograr este fin, pueden ayudar a planificar el entorno del aprendizaje. Por ejemplo, pueden generar programas para apoyar el desarrollo de niños con necesidades intelectuales, emocionales o sociales especiales. A menudo evalúan este tipo de niños y recomiendan programas especiales, tratamiento o acomodo en centros especiales, si es necesario. También consultan con maestros y funcionarios escolares sobre políticas escolares o la administración de salones de clases. Los lugares donde trabajan varían desde escuelas, guarderías y centros de estimulación temprana hasta hospitales, clínicas e incluso en instituciones penales. Unos pocos se dedican a la práctica privada. Hay un total de 45 programas de psicología escolar acreditados por la APA (*American Psychologist*, 1998), y se estima que cada año se otorgan menos de 100 grados de doctorado en psicología escolar (Sayette, Mayne y Norcross, 1998).

Psicólogos de rehabilitación. Tanto en la investigación como en la práctica, la atención de los *psicólogos de rehabilitación* está en la gente con discapacidades físicas o cognoscitivas. La discapacidad puede provenir de un defecto congénito o de una herida o enfermedad posterior. Los psicólogos de rehabilitación ayudan a los individuos a adaptarse a sus discapacidades y a las barreras físicas, psicológicas, sociales y ambientales que a menudo las acompañan. Sus lugares de empleo más frecuentes son los institutos de rehabilitación y los hospitales.

Psicólogos de la salud. El ramo de la psicología de la salud surgió en años recientes y está ampliándose con rapidez (Brannon y Feist, 2000; Gatchel, Baum y Krantz, 1989). Los *psicólogos de la salud* contribuyen a la promoción y mantenimiento de la buena salud por medio de su investigación o su práctica. También tienen que ver con la prevención y el tratamiento de enfermedades. Pueden diseñar, ejecutar y estudiar programas que ayuden a la gente a dejar de fumar, a controlar el estrés, a perder peso o a mantenerse en forma. Debido a que se trata de un ramo emergente, los que están en él tienen diversos antecedentes académicos, entre los que se incluyen la psicología clínica, la psicología de consejería, la psicología social y otras carreras. A muchos psicólogos de la salud se les emplea en centros médicos, pero cada vez tra-

bajan más como asesores de empresas e industrias —en cualquier organización que reconozca la importancia de mantener bien a sus empleados o miembros—. Tal como lo expondremos en el capítulo 3, es probable que esta especialidad se vea más beneficiada con los cambios generalizados en el cuidado de la salud. Abordamos con mayor detalle el tema de la psicología de la salud en el capítulo 17.

Enfermeros y enfermeras psiquiátricos. En años recientes se han expandido las funciones de otras personas dedicadas a la salud mental. Desde hace mucho se ha notado la función de los enfermeros y enfermeras psiquiátricos. Debido a que pasan muchas horas en contacto cercano con los pacientes, no sólo están en posición de proporcionar información sobre la adaptación de éstos al hospital, sino que también pueden desempeñar una función crucial y sensible para el fomento de un ambiente terapéutico apropiado. Al trabajar en colaboración estrecha con el psiquiatra o el psicólogo clínico (junto con aquellos a quienes supervisan: asistentes, auxiliares de enfermería, voluntarios, etcétera), ponen en práctica las recomendaciones terapéuticas.

Otros. Los hospitales que cuentan con más personal emplean una variedad de otros tipos de personal terapéutico, incluyendo terapeutas ocupacionales, recreativos, hortícolas, etc. Debido a su capacitación y experiencia, pueden desempeñar una función adjunta vital para reforzar los patrones de adaptación de los pacientes. Pueden enseñar habilidades que ayudarán a los pacientes en una variedad de escenarios fuera del hospital. Pueden ayudar a hacer que la hospitalización sea una experiencia más tolerable y proporcionar salidas que incrementan el valor terapéutico de las instituciones. Ya sea que su función sea ayudar a poner a los pacientes en contacto con sus sentimientos por medio del arte, la música, la jardinería o la danza, o mejorar sus habilidades personales y sociales, las contribuciones de este personal terapéutico son significativas.

Las personas capacitadas para asistir a los trabajadores de la salud mental profesionales se llaman *paraprofesionales* y su función se ha expandido en gran medida en años recientes. A menudo se proporciona a los voluntarios sesiones cortas de capacitación y luego se convierten en el personal más visible en los centros de atención de crisis (tanto en persona como vía telefónica). Ciertas actividades paraprofesionales se han vuelto una práctica aceptada. La investigación indica con solidez que los esfuerzos de los paraprofesionales pueden complementar en forma efectiva el trabajo de los profesionales (Christensen y Jacobson, 1994; Hattie, Sharpley y Rogers, 1984). Comentaremos esta cuestión en forma más extensa en el capítulo 16.

Ahora que hemos examinado en forma breve algunas de las otras profesiones colaboradoras, regresemos al trabajo del psicólogo clínico.

El psicólogo clínico

Resulta imposible tratar de definir la psicología clínica desde el punto de vista de los problemas que enfrentan los psicólogos clínicos. La cantidad y clase de los problemas son tan extensos como para hacer vacilar la mente: depresión, ansiedad, psicosis, trastornos de la personalidad, retardo mental, adicciones, discapacidades de aprendizaje, delincuencia juvenil, problemas vocacionales y dificultades sexuales, por nombrar sólo algunos. Además, esta lista no abarca a los individuos que recurren a la psicoterapia para entenderse mejor y no por síntomas disfuncionales en curso.

En vez de definir la psicología clínica en función de los problemas o asuntos que se pide a los psicólogos clínicos que aborden, trataremos de mostrar un panorama del campo revisando las actividades a las que se dedican los psicólogos clínicos.

Actividades de los psicólogos clínicos

Gran parte de la información acerca de las actividades clínicas proviene de una serie de estudios realizados entre 1973 y 1995. Cada estudio incluía una muestra aleatoria de miembros de la División 12 (la División de Psicología Clínica) de la Asociación Psicológica Estadounidense (APA). Garfield y Kurtz (1976) revisaron más de 800 cuestionarios recopilados en 1973. Norcross y Prochaska (1982) estudiaron cerca de 500 respuestas reunidas en 1981; Norcross, Prochaska y Gallagher (1989b) pudieron analizar 579 cuestionarios de 1986 y, por último, Norcross, Karg y Prochaska (1997a, 1997b) realizaron una encuesta con 546 psicólogos clínicos en 1994-1995. La tabla 1-1 presenta los resultados de estas cuatro encuestas.

TABLA 1-1 Actividades de los psicólogos clínicos

Actividad	*Porcentaje implicado en 1995*	*Porcentaje medio de tiempo*			
		1973	*1981*	*1986*	*1995*
Psicoterapia	84	31	35	35	37
Diagnóstico y evaluación	74	10	13	16	15
Enseñanza	50	14	12	14	09
Supervisión clínica	62	08	08	11	07
Investigación y autoría	47	07	08	15	10
Consulta	54	05*	07	11	07
Administración	52	13	13	16	11

*El porcentaje de Garfield y Kurtz es para "consulta comunitaria".
Fuente: adaptado de Norcross, Karg y Prochaska (1997a).

En la tabla 1-1 es evidente que la psicoterapia de un tipo o de otro es la actividad a que más se dedican los psicólogos clínicos y la que ocupa la mayor parte de su tiempo, como lo ha sido en todas las encuestas citadas de 1973 a 1995. El diagnóstico y la evaluación también se mantienen como actividades principales. La actividad de investigación se ha incrementado con los años (a alrededor de 10% del tiempo de quienes respondieron), lo cual es un poco sorprendente a la luz del hecho de que 40% de la muestra de 1995 trabajaba de tiempo completo en la práctica privada. Aun así, es importante señalar que algunos psicólogos clínicos nunca publicaron algún artículo de investigación y que sólo 10-15% de todos los psicólogos clínicos produjo 40-50% de los trabajos publicados (Norcross y cols., 1989b, 1997 b). La enseñanza es otra actividad relativamente común entre los psicólogos clínicos. Por desgracia, el tiempo que dedican a la administración sigue siendo significativo, lo que quizá sea un reflejo de la frecuente burocracia que prevalece en la sociedad moderna. Permítasenos ahora observar más de cerca las seis actividades representadas en la tabla 1.1.

Terapia/Intervención. En la tabla 1.1 resulta claro que la terapia es la actividad que con mayor frecuencia atrae los esfuerzos de los psicólogos clínicos típicos y a la que se le dedica la mayor parte del tiempo. A menudo, la gente común tiene la imagen de la situación terapéutica en donde el paciente se acuesta sobre un diván mientras el terapeuta, de barba y misterioso, se sienta detrás con un cuadernillo y el ceño fruncido. De hecho, la terapia viene en diferentes formas y tamaños. Unos pocos terapeutas aún emplean un diván, pero es más frecuente que el paciente se siente en una silla que está al lado del escritorio del terapeuta. Con mayor frecuencia, la terapia implica una relación de uno a uno, pero hoy en día la terapia de pareja, la terapia familiar y la terapia de grupo también son muy comunes. Por ejemplo, un grupo de seis u ocho clientes, en que todos tienen dificultades con la ingestión de alcohol, puede reunirse con un terapeuta para trabajar en sus problemas. Por último, una proporción considerable de terapeutas son mujeres, no hombres.

En algunos casos, la terapia representa sobre todo una búsqueda para penetrar en los orígenes de los problemas que uno tiene o en los propósitos a los que sirve la conducta indeseable de uno. En otros casos la terapia consiste, de manera fundamental, en una relación entre el cliente y el terapeuta diseñada para generar una atmósfera de confianza que ayudará a disolver las extenuantes defensas del paciente. Otras formas de terapia son cognoscitivas conductuales, en el sentido de que el paciente aprende maneras nuevas y más satisfactorias de pensar y comportarse. En ocasiones, los objetivos de la terapia son extensos y comprenden importantes cambios de conducta. Otras veces, los pacientes sólo desean obtener ayuda por un temor perturbador que no les permite alcanzar ciertas metas. Así pues, la terapia varía a lo largo de muchas dimensiones.

Diagnóstico/Evaluación. Todos los psicólogos clínicos en práctica se vinculan de una u otra forma con la evaluación. Tomemos, por ejemplo, los casos siguientes:

A un niño de cuarto grado que está fallando en la escuela se le aplica una prueba de inteligencia. ¿Hay alguna deficiencia intelectual?

Se aplican pruebas de personalidad a un cliente que está deprimido y que ha perdido todo el gusto por la vida. ¿Los resultados de las pruebas pueden arrojar alguna luz acerca de los factores de la personalidad que contribuyen a la depresión?

Se ha decidido que la terapia beneficiará a un cliente. Pero, ¿qué tipo de terapia será la más adecuada?

Un padre ha sido acusado de abuso a un menor. Se le entrevista y se le aplican pruebas para determinar si padece algún trastorno mental que influya en su juicio y en el control de sus impulsos.

Lo que es común a todos estos ejemplos es el esfuerzo por entender mejor al individuo, de modo que se pueda tomar una decisión más informada o se elija el curso de acción más deseable. Sea que se realice por medio de la observación, la aplicación de pruebas o de entrevistas, la evaluación es una forma de recopilar información para responder una pregunta importante o resolver un problema. Estas preguntas o problemas son de una variedad casi infinita, como indican los ejemplos anteriores. Durante mucho tiempo, la evaluación ha sido una parte fundamental del papel de la psicología clínica. De hecho, durante muchos años y de manera especial en la aplicación de pruebas, la evaluación fue el elemento principal en la identidad profesional de los psicólogos clínicos.

Enseñanza. Resulta obvio que los psicólogos clínicos que cuentan con puestos académicos de tiempo completo o parcial dediquen una considerable cantidad de tiempo a la enseñanza. Aquellos cuyas responsabilidades se ubican de manera fundamental en el área de la educación avanzada dan cursos de psicopatología, pruebas psicológicas, técnicas de entrevista, intervención, teoría de la personalidad, psicopatología experimental, etc. Algunos de ellos también pueden impartir cursos universitarios como introducción a la psicología, personalidad, psicología anormal, introducción a la psicología clínica, aplicación de pruebas psicológicas y otros. Incluso los psicólogos clínicos cuyo empleo principal está en clínicas u hospitales o quienes ejercen la práctica privada algunas veces dan cursos vespertinos en un colegio o universidad de las cercanías, o hasta pueden tener empleos de medio tiempo en programas de estudios avanzados.

Gran parte de esta enseñanza es del tipo de clases en el salón, que nos resulta familiar, pero una cantidad considerable de la enseñanza también se imparte sobre una base de supervisión del tipo individual. Los psicólogos clínicos que trabajan en instalaciones clínicas pueden impartir clases informales o realizar trabajo de orientación con otras personas dedicadas a la salud mental, como enfermeras, auxiliares, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y demás. En algunos casos, los psicólogos clínicos salen a la comunidad y dirigen talleres sobre temas diversos para policías, voluntarios, ministros, agentes judiciales y otros.

Supervisión clínica. Esta actividad es otra forma de enseñanza. No obstante, de manera característica supone más enseñanza individual, contacto con grupos pequeños y otras variedades de instrucción menos formales, fuera de las aulas. Ya sea en la universidad, en el internado o en instalaciones clínicas en general, los psicólogos clínicos a menudo ocupan porciones significativas de su tiempo supervisando estudiantes, internos y a otros. Convertirse en un experto en las complejidades de la terapia y la evaluación requiere más que sólo leer libros de texto; también significa atender pacientes y discutir después sus casos con un supervisor más experimentado. En pocas palabras, uno aprende en la práctica, pero en las condiciones seguras y controladas de una relación entre practicante y supervisor. Este tipo de enseñanza y supervisión "prácticas" se da tanto en la universidad como en instalaciones para internos, así como en programas de posgrado.

Investigación. La psicología clínica se originó en la tradición de la investigación académica. Como resultado, cuando se establecieron por primera vez los programas de capacitación clínica, después de la Segunda Guerra Mundial, se adoptó el modelo del profesional científico. Esto significó que, en contraste con otros trabajadores de la salud mental como los psiquiatras o los trabajadores sociales, todos los psi-

cólogos clínicos tenían que prepararse como científicos y como profesionistas. Aunque este énfasis en la investigación quizá no resulte tan importante en algunos programas de enseñanza como alguna vez lo fue, subsiste el hecho de que los psicólogos clínicos se hallan en una posición única para evaluar investigaciones realizadas por otros y para llevar a cabo sus propias investigaciones. En virtud de su preparación en investigación, su amplia experiencia con personas en apuros y sus conocimientos de terapia y evaluación, cuentan con la capacidad para consumir y generar conocimientos nuevos.

La gama de los proyectos de investigación realizados por psicólogos clínicos es muy extensa. Los estudios incluyen la búsqueda de las causas de los trastornos mentales, la elaboración y validación de instrumentos de evaluación, la valoración de técnicas terapéuticas y temas por el estilo. Para proporcionar algo del sabor de estos esfuerzos, la figura 1-1 muestra el índice de contenido de una edición muy reciente del *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, una importante publicación divulgadora de las investigaciones que realizan los psicólogos clínicos.

Consulta. Tanto en la consulta como en la enseñanza, la meta es aumentar la eficacia de aquellos a quienes se dirige los esfuerzos de uno al impartirles algún grado de experiencia. La consulta adopta incontables formas en muchos ambientes. Por ejemplo, uno puede dar consulta a un colega que tiene dificultades con un caso de terapia. Tal consulta podría ser un asunto de una sola vez con alguien que sólo necesita ayuda para un caso específico. No obstante, en otros casos se podría contratar un psicólogo clínico en forma un tanto permanente para proporcionar ayuda al personal de una dependencia. Tal vez, por ejemplo, nuestro clínico consultor sea un experto en problemas de adicción a las drogas. Al trabajar con el personal, el consultor puede incrementar la eficacia de toda la dependencia. La consulta podría darse como una asesoría caso por caso, o podría pedirse al consultor que expusiera los problemas generales asociados con la drogadicción. Además, muchos departamentos de policía han comenzado a utilizar a los psicólogos clínicos como consultores en negociaciones con quienes toman rehenes (Fuselier, 1989). Por último, un número creciente de psicólogos clínicos sirve como consultores de médicos que ofrecen servicios de atención primaria (Haley y cols., 1998; Pace, Chaney, Mullins y Olson, 1995).

La consulta puede recorrer la gama que va desde los casos clínicos hasta asuntos empresariales, de personal y de ganancias. Es capaz de tratar con individuos u organizaciones enteras. Algunas veces es para remediar, otras veces está orientada hacia la prevención. Sin importar el lugar en que se dé o el propósito particular que tenga, en la actualidad la consulta es una actividad significativa de muchos psicólogos clínicos. En el capítulo 16 se expone el tema con más detalle.

Administración. Se ha dicho, medio en broma, que en la psicología clínica nadie disfruta del trabajo administrativo, a excepción de los masoquistas y de aquellos con personalidades obsesivo-compulsivas. Sin embargo, casi todos los psicólogos clínicos dedican tiempo a tareas administrativas. Por ejemplo, deben llevar al corriente los expedientes de los clientes, los infernales informes de trabajo deben elaborarse cada mes y los proyectos de investigación deben ser aprobados por comités establecidos para salvaguardar los derechos de los sujetos humanos. Es probable que los psicólogos clínicos que trabajan para dependencias o instituciones formen parte de varios comités: de personal, de investigación, de derechos de los pacientes o, incluso, del comité de selección de las películas que verán los pacientes los viernes por la noche.

Algunos psicólogos clínicos con almas en verdad resistentes se vuelven administradores de tiempo completo, y lo hacen por varias razones. A veces son reclutados por colegas que los consideran hábiles en relaciones humanas. Otros llegan a aburrirse un poco de la terapia o la evaluación y desean un cambio, o quizá tengan la ilusión de que la administración es el camino hacia el poder y la riqueza. En cualquier caso, los buenos administradores mantienen a su organización operando en calma y de manera eficiente. Ser sensible a las necesidades y los problemas de la gente dentro de la organización y tener la paciencia para algunas veces sufrir en silencio son atributos útiles para el buen administrador. La capacidad para comunicarse bien con aquellos a quienes supervisa también es importante, puesto que seleccionar a la gente adecuada para el puesto adecuado es un don.

Sería difícil enlistar todas las clases de cargos administrativos que ostentan los psicólogos clínicos.

FIGURA 1-1 Muestra del contenido de un número de *Journal of Consulting and Clinical Psychology*
Derechos reservados © 1999 por la American Psychological Association. Reimpreso con autorización

August 1999 — Volume 67, Number 4

Journal of Consulting and Clinical Psychology

Regular Articles

TABLA 1-2 Ambientes de trabajo de los psicólogos clínicos

Lugar de trabajo	*1973* %	*1981* %	*1986* %	*1995* %
Hospital psiquiátrico	08	08	09	05
Hospital general	06	08	05	04
Clínica para consulta externa	05	05	04	04
Centro comunitario de salud mental	08	06	05	04
Escuela de medicina	08	07	07	09
Prácticas privadas	23	31	35	40
Universidad, psicología	22	17	17	15
Universidad, otras áreas	07	05	04	04
Centro médico de la Administración de Veteranos	—	—	—	03
Ninguno	01	01	04	01
Otros*	01	12	10	11

*Esta categoría incluye escuelas profesionales, establecimientos correccionales, organizaciones de atención médica subsidiada, asilos, servicios infantiles y familiares, centros de rehabilitación, sistemas escolares, institutos psicoanalíticos, organizaciones para el mantenimiento de la salud y otras por el estilo.

Fuente: adaptado de Norcross, Karg y Prochaska (1997a).

No obstante, he aquí unos cuantos ejemplos: jefe del departamento de psicología de una universidad, director de una clínica de la Administración de Veteranos, vicepresidente de una empresa de consultoría, director de un programa de enseñanza clínica, director de la clínica psicológica en el departamento de psicología de una universidad, psicólogo en jefe de un hospital estatal y director de un centro regional de atención de crisis.

Lugares de trabajo

¿Dónde trabajan los psicólogos clínicos? Otra vez, los datos provenientes de las encuestas mencionadas nos ayudarán a responder. La tabla 1-2 muestra los resultados relativos al ambiente de trabajo, tomados de la encuesta de 1973 (Garfield y Kurtz, 1976) y de las de 1981, 1986 y 1995 (Norcross y Prochaska, 1982a; Norcross, Prochaska y Gallagher, 1989a, y Norcross y cols., 1997a, respectivamente). Es evidente que con los años, la práctica privada ha crecido de manera constante y en la actualidad resulta claro que es el ambiente más frecuente en que se emplean los psicólogos clínicos. Los ambientes universitarios son el segundo lugar de trabajo. Aunque la tabla 1-2 no lo muestra, la información de Norcross y cols. (1997b) indica que de los psicólogos clínicos cuyo trabajo principal es el de profesor universitario de tiempo completo, 68% están vinculados en alguna forma de práctica privada o de supervisión de tiempo parcial. Las tablas 1-1 y 1-2 ponen en evidencia la diversidad de las actividades y de los ambientes de trabajo. También resulta evidente el incremento que han tenido con el tiempo las cifras de la categoría "Otros" de la tabla 1-2. Esta diversidad está ilustrada por los antecedentes y las actividades de la psicóloga clínica hipotética que se describe en la siguiente sección.

Una semana en la vida de la Dra. Karen C.

Karen C. comenzó sus estudios universitarios en la carrera de periodismo. Sin embargo, después de tomar un curso de psicología general decidió cambiarse a psicología. Después de cubrir los requisitos de costumbre para la especialidad en psicología (cursos de psicobiología, estadística, psicología cognoscitiva, historia y sistemas, personalidad, psicología social, etcétera), presentó los exámenes de admisión para 11 escuelas de estudios avanzados. Con un promedio alto de calificación y con un conjunto de calificaciones también altas en el Examen de Registro para Gra-

diados, fue aceptada por cuatro escuelas. Eligió una universidad estatal grande del medio oeste y más tarde realizó su servicio de internado en un hospital estatal de la localidad.

Cinco años después de haberse inscrito, obtuvo su doctorado y comenzó su carrera como psicóloga de apoyo en una clínica para pacientes externos que atendía tres condados. Cuatro años después, he aquí una semana de trabajo típica en la vida de Karen C.

Lunes, miércoles, viernes

8:00-9:00 A.M. Junta con el cuerpo administrativo. Este periodo se dedica a diversas actividades que incluyen discusión de casos, problemas y políticas de la dependencia, cuestiones de seguros y otros asuntos administrativos.

9:00-10:00 A.M. Psicoterapia. El caso en curso es el de una mujer de 48 años con una depresión moderada, la cual acaba de divorciarse. La señora G. muestra una mejora gradual y parece que puede descartarse la posibilidad de hospitalización. La doctora C. está utilizando lo que podría denominarse una forma ecléctica de psicoterapia que es, en general, de tipo psicodinámico.

10:00-10:30 A.M. Psicoterapia. Este paciente, Sam E., tiene 19 años, cuenta con una serie de arrestos por hurto, faltas injustificadas a la escuela e intoxicación en la vía pública. Tiene un potencial intelectual limitado y un muy desafortunado historial académico. La terapia utilizada podría describirse como de carácter conductual. El punto central consiste en mejorar el repertorio de habilidades sociales de Sam y en disminuir la frecuencia de sus comportamientos desadaptados.

10:30 A.M.-12:00 P.M. Este periodo está reservado para la aplicación de pruebas psicológicas tanto para los pacientes de la doctora C. como para los de otros terapeutas. Por lo común, se utilizan pruebas de inteligencia, pruebas proyectivas y pruebas de informe personal. En ocasiones, también se realizan valoraciones neuropsicológicas.

1:00-2:00 P.M. Supervisión clínica. La universidad local coloca a varios internos en la dependencia de la doctora C. Este periodo se dedica a supervisar sus psicoterapias e intentos de diagnóstico. Aquí también se incluye la supervisión de dos psicólogos con nivel de maestría empleados por la dependencia.

2:00-3:00 P.M. Psicoterapia. Bob S. es un estudiante universitario. Su principal dificultad podría calificarse como enajenación. La doctora C. ha probado diversas técnicas terapéuticas, pero ninguna parece funcionar. Aunque hasta ahora el paciente ha sido capaz de continuar con sus clases, las probabilidades de hospitalización parecen estar incrementándose.

3:00-4:30 P.M. Psicoterapia de grupo. Este periodo está dedicado al tratamiento de un grupo de seis varones alcohólicos con antecedentes heterogéneos. La propuesta de tratamiento en gran medida es de apoyo.

4:30-5:00 P.M. Este periodo se dedica casi siempre a la redacción de informes, detalles administrativos y cosas por el estilo.

Martes, jueves

8:00-10:00 A.M. La doctora C. está ocupada en un proyecto de investigación para determinar si las respuestas a cierto tipo de prueba psicológica (por ejemplo, al MMPI-2) pueden usarse para predecir el nivel de respuesta a varias formas de terapia. La doctora C. está utilizando casos tomados de su dependencia, junto con casos de otras cuatro clínicas e instituciones locales.

10:00 A.M.-12:00 P.M. Aplicación de pruebas psicológicas.

1:00-3:00 P.M. La doctora C. funge como consultora de un sistema escolar local. Les da servicio a cuatro escuelas y se reúne con maestros para discutir el manejo de problemas específicos de los niños. También proporciona asesoría a los psicólogos de la escuela.

3:00-5:00 P.M. La doctora C. asesora una institución local para deficientes mentales sobre el establecimiento de una economía de fichas. La meta es mejorar los hábitos de autocuidado de un grupo de niños y adultos jóvenes con deficiencia mental moderada. Se espera que el proyecto sirva como una demostración prototípica que pueda usarse en toda la institución.

7:00-8:30 P.M. Dos tardes por semana, la doctora C. imparte un curso de psicología anormal en la universidad local. Se trata de un curso acreditado y están inscritos estudiantes tanto de tiempo completo como de tiempo parcial.

Sábado

9:00 A.M.-1:00 P.M. Durante este lapso, la doctora C. atiende una serie de pacientes en práctica privada.

TABLA 1-3 Un miércoles en la universidad con el profesor

8:30–9:00 A.M.	Corrección de la prueba para la clase de Introducción a la psicología clínica
9:00–10:00 A.M.	Junta de investigación con dos estudiantes de posgrado
10:00–11:30 A.M.	Clase: Supervisión de la práctica clínica
11:30 A.M.–12:30 P.M.	Trotar en la pista
12:30–1:00 P.M.	Almuerzo en la oficina (lectura de artículos periodísticos)
1:00–2:00 P.M.	Hora de oficina para recibir a estudiantes universitarios
2:00–2:30 P.M.	Revisión de correspondencia y correo electrónico
2:30–4:00 P.M.	Asistencia a la junta del comité del campus sobre uso de la computadora
4:00–5:00 P.M.	Revisión de un manuscrito sometido a consideración de una revista especializada
7:00–9:00 P.M.	Clase: seminario sobre los tratamientos psicológicos con fundamento empírico
9:30–11:00 P.M.	Reposo y rehabilitación

Casi siempre son pacientes con una variedad de enfermedades (por ejemplo, depresión, ansiedad). Por lo común, estos pacientes son referidos por médicos locales y otros profesionales de la comunidad que están al tanto de la excelente labor y reputación de la doctora C., quien durante estas horas también realiza algunas pruebas de diagnóstico a personas que le son referidas por otros profesionales.

En contraste con la doctora C., un psicólogo clínico que da clases en una universidad importante podría tener una agenda muy diferente. La tabla 1-3 nos permite echar un vistazo a un día de trabajo de un nuevo asistente de profesor.

Algunas notas demográficas

Norcross y cols. (1997a) han señalado varias características demográficas. Primera, en esta encuesta de 546 psicólogos clínicos elegidos al azar a partir del listado de la División 12 de la APA (Psicología Clínica), apenas 28% eran mujeres. Sólo 7% de los psicólogos clínicos pertenecían a minorías raciales. Aunque estas cifras parecen bajas, resultan más o menos comparables a las que publicó la Oficina de Demografía, Empleo e Investigación Educativa (Office of Demographic, Employment, and Educational Research; ODEER) de la APA en 1993, lo que sugiere que la muestra tomada por Norcross y cols. de los miembros de la División 12 sí era representativa. La edad media de los psicólogos clínicos fue de 50 años. De esta muestra, las diez universidades que producían el mayor número de doctorados en psicología clínica eran las universidades de Nueva York, la estatal de Pennsylvania, la de Connecticut, la de Illinois, la de Iowa, la de Minnesota, la de Tennessee, la de Purdue, la estatal de Ohio y la estatal de Florida.

Por lo que respecta a la *orientación teórica* básica, 27% de los encuestados se describieron a sí mismos como eclécticos/integradores; 24% como cognoscitivistas, 18% como psicodinámicos y 13% como conductuales. La tabla 1-4 presenta las orientaciones teóricas de los psicólogos clínicos en la encuesta de Norcross y cols. (1997a), así como las identificadas en otras cuatro encuestas que se remontan a 1960. Como puede verse, el porcentaje de los psicólogos clínicos que se adhieren a la orientación psicodinámica ha disminuido con los años, mientras que el porcentaje correspondiente a la orientación cognitiva se ha incrementado en forma impresionante. La popularidad de la orientación ecléctica, aunque aún se mantiene fuerte, ha disminuido un poco en los años recientes.

Por último, aunque con dificultad podría considerarse una característica demográfica, resulta tranquilizador advertir que sólo 9% de los psicólogos clínicos de la muestra manifestó alguna insatisfacción por haber elegido la psicología clínica como profesión (Norcross y cols., 1997b).

Investigación y tradición científica

Aunque la psicología clínica se dedica a mejorar el bienestar humano, nació de una tradición de investigación que hace hincapié en la búsqueda del

TABLA 1-4 Orientaciones teóricas de los psicólogos clínicos

Orientación	*1960* %	*1973* %	*1981* %	*1986* %	*1995* %
Conductual	08	10	14	16	13
Cognitiva	—	02	06	13	24
Ecléctica/integradora	36	55	31	29	27
Humanista*	02	06	04	06	03
Interpersonal	—	—	—	—	04
Psicodinámica**	35	16	30	21	18
Rogeriana	04	01	03	06	01
Sullivaniana	10	03	02	02	01
De sistemas	—	—	04	04	04
Otras	04	07	06	03	05

*La humanista incluye la existencial y la gestalt

**La psicodinámica incluye la psicoanalítica y la psicodinámica. Las cifras de 1960 y 1973 corresponden al psicoanálisis y a la neofreudiana

Fuente: adaptado de Norcross, Karg y Prochaska (1997a)

conocimiento. Esta tradición de investigación no significa que cada psicólogo clínico tenga que estar comprometido en exceso con la investigación o con otras búsquedas de erudición. Lo que sí sugiere es que capacitarse en la psicología clínica que incorpora cursos y experiencia en investigación y métodos estadísticos da al psicólogo clínico habilidades únicas que le ayudan a establecer su identidad profesional. Tal capacitación en metodología ayuda a desarrollar una capacidad para la evaluación y una actitud de cautela y escepticismo que permite a los psicólogos clínicos convertirse en diagnosticadores y terapeutas, así como en investigadores mejores y más perceptivos.

¿Arte o ciencia?

Debido a que la psicología clínica tiene que vérselas con los problemas de individuos, el punto central de la psicología clínica se halla con frecuencia en las diferencias individuales más que en los puntos en común entre las personas. Consideremos un ejemplo: supongamos que uno de los autores está realizando un experimento acerca de los efectos de una actitud de control personal sobre la solución de problemas. Su objetivo es desarrollar ciertos principios que indicarán la forma en que el sentimiento de tener bajo control los resultados afecta la capacidad de resolver problemas. Supongamos, además, que el autor induce un sentimiento de control por medio de instrucciones verbales. Les da instrucciones a algunos sujetos que tienen mucho control, y a otros, que tienen poco control. Varios sujetos pueden responder de manera muy diferente de otros del mismo grupo. Esto, desde luego, incrementa la variación del grupo y, estadísticamente hablando, reduce la probabilidad de que se encuentren diferencias significativas entre los grupos experimentales. Como consecuencia, el investigador estudiará las formas de eliminar tal variación. En la búsqueda de principios generales del comportamiento (el llamado *enfoque nomotético*), el psicólogo investigador, por lo general, está menos preocupado por las diferencias individuales. El foco está sobre las diferencias de grupo que ocurren como una función de algún tratamiento o manipulación experimental. El objetivo es la abstracción de principios generales de comportamiento a partir de la observación de muchas personas.

No obstante, el enfoque de la psicología clínica busca la comprensión de las diferencias individuales (con frecuencia llamado *enfoque idiográfico*). ¿Por qué *este* paciente está tan agobiado por la ansiedad? ¿Por qué *este* paciente está tan renuente a responder ante ciertos reforzamientos? Quizá este enfoque

sea causa del continuo debate acerca de si la psicología clínica es un arte o una ciencia. Para los psicólogos clínicos más orientados hacia la subjetividad, con mayor frecuencia parece ser lo primero. Dicho de otro modo, hay psicólogos clínicos que sienten que cuando hacen juicios diagnósticos o toman decisiones terapéuticas lo hacen en gran medida basados en sus propias habilidades, experiencia y conocimientos subjetivos o intuitivos. Creen que así como a una persona no se le puede enseñar a pintar una obra de arte, tampoco se le puede enseñar a hacer interpretaciones muy sensibles y profundas de una prueba proyectiva o del informe de un paciente acerca de un sueño. Por supuesto que los elementos rudimentarios para calificar una prueba o los mecanismos básicos de la terapia se pueden transmitir de una persona a otra. No obstante, algunos creen que estas otras habilidades de alto nivel no se pueden enseñar.

Los psicólogos clínicos de orientación empírica poseen una opinión más objetiva. Afirman que la respuesta está en hacer más investigación y en aplicar de manera objetiva los principios del comportamiento humano para cada caso. Mientras que los psicólogos clínicos de orientación subjetiva podrían buscar la respuesta a un problema de diagnóstico en su propia intuición, la mayoría de los psicólogos clínicos de orientación empírica pueden poner su fe en la mejor fórmula estadística posible o en la predicción actuarial.

Se espera que por medio de la investigación y del desarrollo de principios generales se obtenga un mayor nivel de entendimiento de pacientes específicos. Al mismo tiempo, así como hay diferencias individuales entre los pacientes, también hay diferencias individuales entre los psicólogos clínicos. Algunos son más listos, tienen más experiencia o trabajan con mayor ahínco que otros. No es sencillo aplicar principios generales a casos individuales. Es difícil descubrir la igualdad dentro de la diversidad, pero también lo es encontrar lo único dentro de la homogeneidad. Además, mostrar la relevancia de la investigación de campo o de laboratorio a una persona angustiada es una tarea difícil e importante que requiere su propio sello de sensibilidad e inteligencia.

Al final, la dicotomía arte y ciencia quizá sea un pretexto. Al hacer predicciones o tomar decisiones clínicas, *todos* los psicólogos clínicos deberían hacer caso de la investigación empírica adecuada, reconocer y superar los prejuicios culturales potenciales, utilizar métodos de evaluación confiables y, tal vez, hasta negarse a hacer predicciones o a tomar decisiones en algunos casos en que la confiabilidad y la validez del criterio clínico resulten endebles (Garb, 1998). De esta manera, es más probable que el juicio clínico esté sustentado en forma científica y sea preciso y útil. Tenemos más que decir sobre estos asuntos en el capítulo 10.

Enseñanza: hacia una identidad clínica

Las páginas precedentes han proporcionado un bosquejo de algunas de las actividades, afiliaciones y orientaciones de los psicólogos clínicos, tocaron la tradición científica y plantearon la cuestión del arte frente a la ciencia en la psicología clínica. Ahora pasemos a una exposición de la preparación académica y habilidades únicas que diferencian a los psicólogos clínicos de otros profesionales de la salud mental.* Por supuesto que nada de esto está grabado en piedra. El campo está cambiando y, como siempre, hay desacuerdos entre psicólogos clínicos respecto a la forma de enseñar a los estudiantes y la dirección en que se debe mover esta disciplina. Sin embargo, es útil recordar que la psicología clínica sólo es una aplicación especializada del núcleo más básico de la psicología (Matarazzo, 1987).

Panorama

El psicólogo clínico típico concluye un grado de licenciatura y luego cinco años de trabajo de posgrado. Esto último comprende capacitación en evaluación, investigación, diagnóstico y habilidades terapéuticas, junto con un internado. Con más frecuencia, este esfuerzo culmina con la obtención de un doctorado en filosofía (Doctor of Philosophy; Ph.D.) otorgado por el departamento de psicología de una universidad. En algunos casos, el título concedido es el doctorado en psicología (Doctor of Psychology; Psy.D.) ya sea por el departamento de psicología de una universidad o por una institución de enseñanza no afiliada a una universidad. También hay programas de dos años que otorgan grado de maestría. Debido a las leyes de *acreditación* contemporáneas que dictami-

*La información que se presenta en esta sección corresponde a los programas académicos que están vigentes en Estados Unidos y no necesariamente son los que se siguen en otros países como México. Se recomienda al lector buscar en su localidad la información correspondiente. (*N. del E.*)

nan quién puede practicar en forma independiente como psicólogo, pocos individuos que se gradúen de programas de maestría pueden lograr mucha independencia profesional. Muchos de ellos esperan transferirse más adelante a programas de doctorado en filosofía o doctorado en psicología, y, de hecho, algunos lo logran con bastante éxito (Quereshi y Kuchan, 1988). La evidencia pasada sugiere que los psicólogos clínicos con grados inferiores al doctorado tienen menos demanda que los que cuentan con el nivel de doctorado, reciben salarios menores y se les considera menos competentes (Havens, Collivet, Dimond y Wesley, 1982). En 1987, los psicólogos clínicos con nivel de maestría podían obtener una licencia completa para ejercer la psicología en forma independiente sólo en tres estados, mientras que la licencia limitada era posible en otros 14 (Dale, 1988). Sin embargo, parece ir en aumento la cantidad de programas que otorgan grado de maestría y la cantidad de títulos de maestría otorgados. En 1994, se otorgaron tres veces más títulos de maestría que de doctorado en psicología (B. Murray, 1995).

La enseñanza de nivel de maestría en psicología clínica siempre ha sido un poco controvertida. Los psicólogos con nivel de maestría afirman que las investigaciones indican que los psicólogos clínicos con nivel de maestría son tan efectivos como los psicólogos clínicos con doctorado. Sin embargo, la Asociación Psicológica Estadounidense sólo acepta el grado de doctorado como la clave para trabajar como profesional independiente. Los presidentes de la Asociación Psicológica Estadounidense continúan afirmando que un grado de doctorado es prerrequisito para el título de "psicólogo" y que debe exigirse dicho grado a quienes deseen practicar la psicología en forma independiente (B. Murray, 1995). No obstante, los maestros en psicología clínica continúan trabajando en una variedad de instituciones que proporcionan servicios. La influencia creciente del cuidado controlado en el mercado de la atención de la salud mental puede conducir a un resurgimiento de la popularidad de los programas de maestría en psicología clínica (Sleek, 1995a). En general, los profesionales con dicho nivel cobran honorarios más bajos, lo que los hace una alternativa atractiva (a los ojos de los aseguradores de cuidado controlado) ante los psicólogos clínicos con nivel de doctorado. Será interesante ver cómo se desarrolla este asunto controvertido conforme se incrementan los esfuerzos de cabildeo para dar a los psicólogos clínicos con nivel de maestría la categoría de "psicólogos" y conforme entran en juego las crecientes presiones económicas.

Con este bosquejo minúsculo de la enseñanza de la psicología clínica, ahora podemos examinar el contenido de la enseñanza en el nivel de doctorado con más detenimiento.

Programas de enseñanza clínica

La filosofía de enseñanza predominante en la psicología clínica en la actualidad todavía es el *modelo del profesional científico* (Raimy, 1950). Tenemos mucho que decir sobre este modelo en el siguiente capítulo, y en el tercero comentaremos los modelos de enseñanza alternativos para los psicólogos clínicos. Por el momento será útil un breve panorama del modelo de enseñanza del profesional científico.

Los programas de enseñanza que surgieron después de la Segunda Guerra Mundial se basaban en el principio de que los papeles de científico y profesionista podrían integrarse. La meta era la creación de una profesión única. En fechas más recientes, este modelo de enseñanza ha sufrido ataques por 1) estar alejado de la realidad, y 2) no responder a las necesidades de los estudiantes que sólo aspiran a la práctica clínica. No obstante, una gran parte de los programas clínicos todavía se adhiere a él en diversos grados. Este modelo es el que diferencia a los psicólogos clínicos del resto del paquete de salud mental.

Un programa de muestra. ¿Cómo se traduce este modelo en un programa real que capacite a los psicólogos clínicos? La tabla 1-5 presenta un programa de estudios bastante típico.

Deben decirse varios puntos respecto al programa bosquejado en la tabla 1-5. Primero, sólo es un ejemplo. Algunos programas ponen menos énfasis en la investigación y más en las técnicas clínicas. Algunos están estructurados de modo que uno pueda completar el trabajo en cuatro años, en especial si pueden dedicarse los veranos a asistir a cursos. En algunos programas el internado viene en el cuarto año, a menudo antes de terminar la tesis. Unas cuantas escuelas todavía requieren competencia en algún idioma extranjero, aunque ahora muchas permiten que el estudiante lo sustituya por cursos de estadística o tecnología de cómputo. También es cierto que cada escuela

TABLA 1-5 Muestra de un programa de estudio de doctorado en filosofía: modelo del profesional científico

Año 1	*Otoño*	Estadística (análisis de varianza) Sistemas de psicoterapia Curso central departamental: psicología social Introducción al análisis de datos Investigación para tesis de maestría
Año 1	*Invierno*	Estadística (regresión) Psicometría (construcción de pruebas) Evaluación (optativo Evaluación infantil o de adultos) Introducción al análisis de datos Investigación para tesis de maestría Práctica clínica
Año 2	*Otoño*	Problemas éticos y profesionales Psicopatología Investigación para tesis de maestría Práctica clínica
Año 2	*Invierno*	Curso central departamental: neurociencia funcional Optativa: proceso familiar y de grupo Investigación para tesis de maestría Práctica clínica
Año 3	*Otoño*	Curso central departamental: psicología cognoscitiva Optativa: psicopatología experimental Disertación sobre la investigación Práctica clínica
Año 3	*Invierno*	Estadística (variables latentes y modelamiento de ecuaciones estructurales) Curso central departamental: psicología del desarrollo Disertación sobre la investigación Práctica clínica
Año 4	*Otoño*	Curso externo: antropología psicológica Disertación sobre la investigación Historia y sistemas de la psicología
Año 4	*Invierno*	Curso externo: violencia en la familia Disertación sobre la investigación
Año 5	*Otoño e invierno*	Internado clínico

*Durante el tercer año (por lo general en el semestre de invierno), se espera que los estudiantes completen sus exámenes de aptitud.

tiende a poseer su propia "personalidad". Algunos programas tienen una orientación cognitiva conductual distinta, enfatizando técnicas como la terapia cognitiva para la depresión. Otros tienen un tinte psicodinámico y enfatizan las pruebas proyectivas. Los intereses del cuerpo docente en algunos programas se centran en niños, mientras que otros en los adultos. Aunque hay diversidad entre los programas clínicos, también tienen mucho en común. Un estudiante que solicite trabajo de posgrado deberá investigar estos énfasis para poder elegir a partir de datos correctos.

Cursos. Los estudiantes de clínica por lo general deben tomar una serie de cursos básicos como estadística y diseño de investigación, fundamentos biológicos del comportamiento, psicología social, psicología del desarrollo y psicología cognoscitiva. El número exacto y contenido de estos cursos variará algo de un programa a otro. La intención es que el alumno comprenda las bases del comportamiento humano o que nos permiten investigar dicho comportamiento. Estos cursos proporcionan un fuerte fundamento científico para la capacitación clínica del estudiante y dan vida al modelo del profesionista científico en la psicología clínica. Según los intereses del alumno, a menudo también se toman varias materias optativas, cursos avanzados y seminarios sobre estos temas.

Los estudiantes de clínica también se inscriben en varios cursos que enseñan las bases de la práctica clínica o versan sobre temas clínicos en un nivel avanzado. Por ejemplo, a menudo hay cursos sobre psicopatología, teoría e investigación en terapia o principios de intervenciones cognitivo, conductuales, o seminarios sobre temas como esquizofrenia, métodos de terapia familiar y de grupo, psicología comunitaria o evaluación neuropsicológica.

Práctica. Los libros y los cursos están bien, pero a final de cuentas se aprende haciendo. Como resultado, todos los programas buscan fomentar las

habilidades clínicas del estudiante por medio de la exposición a la *práctica clínica*. El diccionario define práctica como "trabajo realizado por un estudiante avanzado que supone la aplicación práctica de la teoría estudiada con anterioridad". En muchos casos, la práctica combina contenido académico con experiencia práctica. De manera típica, hay práctica o clínica en evaluación (inteligencia, neuropsicología, personalidad, etc.), terapia (tratamiento psicodinámico, intervenciones cognitivo-conductuales), entrevista e incluso métodos de consultoría a funcionarios escolares, dependencias comunitarias o la industria. Cualquiera que sea la forma o contenido de la experiencia práctica, es un vehículo importante para la adquisición de habilidades clínicas concretas. El trabajo práctico del estudiante es supervisado por los miembros del personal docente clínico o por psicólogos clínicos en la comunidad que tienen habilidades especiales. La mayor parte de los departamentos de psicología que tienen programas de enseñanza clínica también operan una *clínica psicológica*. Esta clínica a menudo proporciona evaluación, terapia y servicios de consulta a los estudiantes universitarios, al personal y al profesorado, así como a las familias del personal universitario y a personas de la comunidad de los alrededores. Los casos se aceptan de manera selectiva en función de su valor didáctico. Estas clínicas pueden contar con una secretaria de tiempo completo, un trabajador social y personal docente clínico.

Investigación. La puesta en práctica del modelo del profesional científico requiere que el estudiante adquiera competencia en la investigación. Esto se logra por medio de cursos de estadística, métodos de computación y metodología de la investigación, así como por la participación activa en proyectos de investigación. Hay diferencias entre las escuelas en cuanto a la extensión de su compromiso con el enfoque del profesional científico para la enseñanza. Por consiguiente, también existen diferencias entre departamentos en el énfasis que ponen en la capacitación para la investigación y en las recompensas que otorgan a los estudiantes por su dedicación a la misma. La mayor parte de los departamentos requieren la conclusión de una tesis de maestría (por lo general para el final del segundo año). También se precisa una disertación para informar los resultados de un proyecto de investigación original (para el final del cuarto o quinto año, según el programa de que se trate). La disertación es un proyecto más extenso que la tesis de maestría y está diseñada para contribuir con nueva información significativa al campo. La mayor parte de los programas continúa enfatizando la investigación tradicional experimental o correlacional para la disertación.

Los programas que subrayan el compromiso con la investigación por lo general ven que la experiencia en la investigación no se limita a la tesis y la disertación. En un departamento, por ejemplo, cada estudiante clínico se une al "equipo" de investigación de uno de los profesores. El equipo consta de cuatro a ocho estudiantes graduados que están en distintos años en el programa de estudios. El equipo se reúne una tarde por semana durante dos o tres horas. Se comentan los temas de investigación y se diseñan proyectos de investigación. Las propuestas de tesis y disertación se discuten y defienden. Los estudiantes más avanzados pueden proporcionar guía y servir como modelos para los más jóvenes. En cualquier caso, las críticas vigorosas y mutuas que suelen hacerse en tales reuniones pueden lograr mucho para la formación de un compromiso con la investigación.

Examen de aptitud. La mayor parte de los programas clínicos requiere que los estudiantes aprueben un *examen de aptitud*, en ocasiones llamado examen preliminar o examen general. Cualquiera que sea su nombre, algunos estudiantes lo consideran como la experiencia que provoca más ansiedad en su carrera. Es un examen escrito que adopta diferentes formas en distintas universidades. En algunos casos tres exámenes escritos, cada uno con una duración de cuatro horas, se presentan espaciados durante una semana; otros tienen un examen de cinco días. Algunas escuelas también exigen un examen oral. En ciertos programas las pruebas cubren todas las áreas de la psicología, mientras que en otros se limitan al campo de la psicología clínica. Con mayor frecuencia, estos exámenes se presentan durante el tercer año. Los exámenes de aptitud cumplen una función muy útil al asegurar la competencia académica general del estudiante. Sin embargo, unos cuantos programas emplean opciones "innovadoras". Por ejemplo, los alumnos podrían preparar una solicitud para una beca de investigación o quizá completar varias reseñas integradoras de la literatura sobre temas importan-

tes en la psicología clínica (por ejemplo, la etiología de la esquizofrenia).

Internado. El *internado* es una parte vital de cualquier programa de enseñanza. Es el coronamiento de las experiencias previas del estudiante en los cursos y práctica clínica y proporciona la experiencia que comienza a consolidar el papel de profesional científico. Todos los estudiantes de programas clínicos acreditados por la APA deben pasar por un internado de un tipo u otro. En los años inmediatos a la Segunda Guerra Mundial, el internado se cursaba con más frecuencia durante el tercer año de estudios. Pero como ahora muchos programas tienen en esencia una duración de cinco años, es más frecuente que el internado se curse al final de la enseñanza de graduado. En algunos casos, los estudiantes pueden realizar internados de tiempo parcial durante un periodo de dos años. Por lo general, un interno trabaja en una instalación independiente fuera del campus. Sin embargo, algunos lo cursan en instalaciones universitarias como centros de consejería y escuelas de medicina. En 1998, la Asociación Psicológica Estadounidense aprobó un total de 453 sitios de internado de predoctorado; estos programas de internado "aprobados" se enlistan cada año en el número de diciembre de *American Psychologist*.

Los valores de la enseñanza en el internado son muchos. Por ejemplo, permite al estudiante trabajar tiempo completo en un escenario profesional. Pueden adquirirse habilidades nuevas y agudizar las antiguas. La experiencia en un escenario profesional proporciona al alumno una probada real de las demandas de la vida profesional. Los estudiantes también son expuestos a psicólogos clínicos que pueden tener ideas y orientaciones diferentes de las sostenidas por sus profesores en la universidad. Por tanto, la experiencia puede ayudar a romper cualquier provincialismo que pueda haberse deslizado en la enseñanza universitaria del estudiante. La exposición a diferentes tipos de clientes puede reforzar del mismo modo la competencia del alumno. Los estudiantes encuentran las condiciones clínicas que han estudiado y esta experiencia puede ayudarlos a estimular ideas de investigación. De manera ideal, el internado proporciona la oportunidad de expandir los horizontes profesionales e integrar lo que se ha aprendido en la universidad con las demandas del mundo profesional. Se convierte en el elemento final en el mundo tridimensional de conocimiento académico, investigación y experiencia.

Admisión a programas para graduados

La sección anterior describió la enseñanza en psicología clínica en Estados Unidos. Pero, ¿cómo entra uno a la escuela de graduados en primer lugar? Por supuesto que no hay garantías, pero las páginas siguientes ayudarán a responder algunas de las preguntas más frecuentes respecto de la admisión a los programas de enseñanza en psicología clínica para graduados. Aunque esta información ofrece al lector una idea de los requisitos de admisión en las carreras de psicología clínica, es recomendable buscar información particular y precisa en su localidad.

Paso 1: conocer el programa

En algún grado u otro, el propósito de la enseñanza para graduados es desafiar su intelecto, abrir nuevas expectativas y ayudar a enfocar sus aspiraciones. Debe tener una disposición mental receptiva a nuevas ideas. Al mismo tiempo, debe familiarizarse con los programas antes de hacer su solicitud. Algunos tienen una orientación psicodinámica, otros son cognitivo-conductuales o quizá eclécticos, algunos recalcan la investigación y otros están más orientados a la práctica. La encuesta de guía realizada por Sayette, Mayne y Norcross (1998) proporciona buena información sobre los énfasis clínicos y de investigación de varios programas.

No existe una fuente autorizada única que diga todo lo que necesita saber sobre los programas para graduados en psicología clínica. Sin embargo, entre más fuentes revise, más probabilidades tendrá de tomar decisiones informadas. Aquí hay algunas posibilidades:

1. Hable con sus profesores de psicología, en especial con los psicólogos clínicos. Ellos cuentan con información formal e impresiones informales, las cuales puede examinar para llegar a sus propias ideas.
2. La APA publica cada año una lista de programas para graduados llamada *Graduate Study in Psychology*, que contiene mucha información sobre cada escuela, incluyendo programas y títulos concedidos, direcciones, procedimientos de solicitud de admisión, colegiaturas, datos sobre ayuda financiera, tamaño de la facultad, requisitos de admisión, promedio de calificaciones y puntuaciones promedio en el examen de estudiantes admitidos el año anterior, etc. Muchos departamentos de psicología cuentan con un ejemplar que le pueden prestar, o puede comprar un ejemplar en la APA.

3. Con mucha frecuencia las bibliotecas o departamentos de psicología de las universidades estadounidenses tienen ejemplares de muchos catálogos de universidades de la Unión Americana. Son útiles en especial para descubrir con exactitud cuáles cursos se ofrecen, así como los nombres de los profesores.
4. Una vez que sabe quiénes integran el cuerpo docente de una escuela determinada, puede revisar el *APA Membership Directory* para obtener información adicional sobre los intereses y antecedentes del profesorado. Por lo general, la oficina del departamento de psicología tendrá un ejemplar de este directorio.
5. Una estrategia más laboriosa pero en ocasiones más interesante es examinar ejemplares de revistas especializadas que publican las investigaciones de los psicólogos clínicos. Esto puede darle una idea de quiénes están activos en la investigación, la clase de investigación que hacen y los programas a los que están afiliados. Es un paso "imprescindible" para quienes soliciten su admisión a programas clínicos orientados a la investigación.

Una vez que ha completado su revisión preliminar de los programas, es probable que desee escribir a varias escuelas para obtener más información y formas de solicitud. Un buen momento para hacerlo es en septiembre del año anterior a aquel en que planee inscribirse. Con esta información en la mano, puede reducir más su lista de prospectos de escuela.

Financiamiento de su educación. Debido a la presión económica y al cambio en las prioridades, tanto el gobierno federal como los gobiernos estatales están proporcionando menos dinero para ayudar a los estudiantes a financiar su educación de graduados. Desde una perspectiva histórica, se ha dispuesto de dinero de cuatro fuentes importantes:

1. Los programas de préstamo suscritos por el gobierno federal permiten a los estudiantes pedir dinero prestado con tasas de interés favorables y pagarlo después de salir de la escuela. Sin embargo, estos préstamos se han vuelto cada vez más difíciles de conseguir por parte de los estudiantes graduados conforme el gobierno federal ha comenzado a retirar su apoyo a la educación superior.
2. Varios programas disponen de subsidios y becas. Éstas son subvenciones incondicionales que se otorgan a estudiantes de excelencia para ayudarlos a financiar su educación. Una vez más, con el cambio de prioridades en el país, estas becas son más difíciles de obtener que antes. De manera típica, los programas mismos nominan a los solicitantes para estas subvenciones y dicha nominación va acompañada por una oferta de aceptación.
3. Las ayudantías de investigación y enseñanza están disponibles con frecuencia. Las ayudantías de investigación a menudo son financiadas por medio de becas de investigación obtenidas por miembros del cuerpo docente y requieren que el estudiante trabaje en un proyecto de investigación particular. Las ayudantías de enseñanza pueden suponer una variedad de deberes, desde la calificación de trabajos o conducción de sesiones de discusión hasta enseñanza verdadera en el aula. Ambos tipos de ayudantía suelen requerir 20 horas de trabajo por semana.
4. En ocasiones se dispone de capacitaciones en psicología clínica, aunque aquí también ha habido reducciones en años recientes. Por lo general las financia el gobierno federal y a menudo son becas incondicionales para estudiantes prometedores.

Es evidente que financiar la educación propia se está volviendo más difícil. Por un lado, varias escuelas cobran colegiaturas más bajas a los asistentes graduados y a menudo los estudiantes con becas y subsidios no pagan colegiatura. Por otro, la competencia para todas estas formas de asistencia financiera se está volviendo cada vez más cerrada. Es obvio que la información sobre cuestiones financieras será útil para decidir dónde presentar solicitud para cursar estudios de graduado.

Acreditación de la APA. La APA mantiene un Comité de Acreditación, el cual aprueba los programas que cumplen las normas de enseñanza profesional aceptables. La lista de escuelas aprobadas se publica cada año en el número de diciembre de *American Psychologist*. La lista de 1998 contenía 193 escuelas o sitios con programas de psicología clínica aprobados por la APA. Esta lista puede encontrarse en el sitio web 1-2 (vea Sitios Web de interés al final de este capítulo).

Cuándo hacer la solicitud. Los calendarios de las escuelas varían, aunque la mayor parte se concen-

tra del 1 de enero al 15 de febrero. Sin embargo, se aconseja a los estudiantes que revisen con cuidado para asegurarse de que no hay, por ejemplo, un plazo límite en diciembre para una escuela determinada. Aunque los programas de nivel de maestría en ocasiones tienen plazos hasta agosto, es mejor no arriesgarse, porque muchas escuelas aplican con rigidez sus periodos de inscripción.

Cantidad de solicitudes que deben enviarse. No hay una cifra mágica para el número de programas en que uno debe solicitar la admisión. Unos cuantos estudiantes pueden presentar solicitud para un puñado de programas y ser aceptados. Otros pueden hacer solicitud a 20 programas y ser rechazados en todos. Es obvio que la competencia es implacable. De hecho, ha alcanzado el punto en que la proporción de solicitudes aceptadas con relación a las enviadas es menor para los programas de psicología clínica que ofrecen un doctorado en filosofía que para las escuelas de medicina. No es inusual que una escuela reciba 400 solicitudes y acepte menos de 10.

Por lo general, la mejor estrategia es hacer solicitudes en tantas escuelas como pueda uno costear o para las que pueda encontrar el tiempo y la energía para preparar las solicitudes. Algunas escuelas tienen cuotas de solicitud hasta de 50 dólares, aunque la mayor parte no pasa de 25 dólares. Unas cuantas no cobran nada en absoluto. Recuerde que las copias certificadas pueden costar varios dólares y representa un gasto adicional en el proceso de solicitud. Revise con su escuela el proceso desde el principio para evitar sorpresas.

En vista de todas estas consideraciones, es mejor clasificar las escuelas en el orden en que desee asistir a ellas. Seleccione varias de las que encabezan la lista, otras de en medio y algunas cuantas de la parte inferior; de esta manera no se lo jugará todo a una carta. Hasta cierto grado ser aceptado es un hecho impredecible. No es inusual que un estudiante sea rechazado por un programa que tiene una reputación nacional modesta y sea aceptado por uno que es muy reconocido. El comité de selección de cada escuela tiene un conjunto de tendencias y lineamientos un poco diferentes. Por consiguiente, no abandone la esperanza cuando llegue la primera carta de rechazo.

Paso 2: materiales de solicitud

El paquete de solicitud completo comprende varios elementos. Los elementos que se resumen a continuación son típicos.

Puntuaciones de prueba. Casi todas las escuelas requieren que los solicitantes remitan las puntuaciones de prueba. La prueba más solicitada es el *Examen de Registro para Graduados* (Graduate Record Examination; GRE). En algunos casos se precisa la Prueba de Analogías de Miller (Miller Analogies Test; MAT). La información sobre estas pruebas por lo general se encuentra disponible en los centros de consejería del campus o en los servicios estudiantiles, al igual que en el departamento de psicología. Puede obtener información adicional por escrito:

GRE: Graduate Record Examinations, Educational Testing Service, P.O. Box 6000, Princeton, NJ 08541-6000 (también en: www.gre.org)

MAT: Psychological Corp., 304 East 4th St., New York, NY 10017

El GRE consiste en preguntas que evalúan las capacidades cuantitativas, verbales y analíticas. Además, hay una prueba temática de psicología. Algunas escuelas exigen la prueba temática de psicología, mientras que otras no. Un GRE computarizado se ofrece durante todo el año; el GRE escrito tradicional se ofrece con menos frecuencia y está desapareciendo en forma progresiva.

El GRE escrito se aplica en noviembre, diciembre (sólo la prueba temática) y abril. Debido a que el reporte de los resultados tarda hasta seis semanas, la mayoría de los estudiantes escogen la fecha de noviembre, lo cual les permite cumplir con los plazos de solicitud de la mayor parte de las escuelas. Sin embargo, este plazo puede ser muy apretado. Recomendamos que presente el GRE en la primavera o verano anteriores al otoño en que planea hacer su solicitud. Para el año académico 1999-2000, la cuota básica para la prueba GRE fue de 99 dólares, mientras que el costo de la prueba temática fue de 130 dólares. Consulte el sitio Web 1-8 para información actual sobre el GRE, incluyendo calendarios, cuotas y reactivos de muestra.

Copias. La mayor parte de las escuelas requiere copias detalladas del trabajo que ha realizado en cada institución en que ha estado inscrito. La forma de solicitud puede tener espacio para que indique su promedio de calificaciones. Las copias serán enviadas por correo por la oficina de servicios estudiantiles de la institución a las escuelas que lo soliciten. Por lo general, se cobra una cuota por el servicio (en la Universidad de Missouri, por ejemplo, la cuota es de cinco dólares por copia).

Otro punto que se debe considerar es que algunos programas pueden exigir o preferir que se hayan cursado ciertas áreas. Por ejemplo, una encuesta reciente (Mayne, Norcross y Sayette, 1994a) encontró que una tercera parte de los 108 programas de doctorado en psicología clínica acreditados por la APA requería o recomendaba los siguientes cursos: estadística (94%), métodos experimentales o diseño de investigación (68%), psicología anormal (51%), psicología fisiológica o biopsicología (33%). Le conviene asegurarse de que sus documentos reflejen que ha cumplido los cursos requeridos para un programa clínico en particular.

Cartas de recomendación. También se necesitan tres o cuatro cartas de recomendación. Las mejores personas a las que les puede solicitar dichas cartas son profesores que estén familiarizados con su trabajo académico y su experiencia en investigación. Las cartas de amigos o parientes que atestiguan su elevado carácter moral no son muy útiles (¡aun si son veraces!). Las mejores cartas son las de profesores de psicología con quienes ha trabajado —no sólo en clase sino en temas o proyectos de investigación especiales—. Una carta de un docente que le enseñó en una clase con otros 249 alumnos y que sólo puede recordar (al consultar su libreta de calificaciones) que usted obtuvo 9 en una escala de 10 no es tan útil como la de un profesor con quien trabajó en un proyecto independiente. Una carta de un profesional para quien trabajó en un empleo relacionado con la salud mental también puede ser bastante útil.

A menos que renuncie en forma expresa a su derecho de leer sus cartas de recomendación, los lectores de las mismas supondrán que no son confidenciales y que ya las revisó usted. A menudo se considera que dichas cartas pueden ser menos francas y abiertas en la evaluación de su capacidad y potencial que las declaraciones confidenciales. Si tiene dudas respecto de la fuerza que tendrá la carta de recomendación, pida de antemano a la persona que lo recomienda una evaluación sincera de sus posibilidades.

Declaración personal. La mayor parte de las formas de solicitud contiene una sección para una declaración personal. Esto da al comité de selección una visión de la forma en que se considera a sí mismo con relación a la psicología clínica. ¿Cuáles son sus motivos? ¿Por qué se interesa en la psicología clínica? ¿Cómo se desarrolló este interés? ¿Cómo se ha preparado? ¿Cuáles son sus metas profesionales? ¿Por qué se interesa en este programa de psicología clínica en particular? Éstos son sólo unos cuantos de los puntos que se cubren a menudo en dichas declaraciones. Ayudan a hacer más completa su solicitud y también proporcionan una muestra de sus capacidades verbales y de redacción.

Experiencia. Por lo general la evidencia de experiencia en investigaciones de calidad será positiva y le dará un margen competitivo. Sugiere que ha tenido el interés y la motivación para buscar algo más allá de los cursos rutinarios o de la experiencia ordinaria en el aula. Indica que está comprometido y por lo general es tomado como una señal positiva de su potencial para el crecimiento profesional. Además, dicha experiencia puede ser muy útil en sus estudios de doctorado. Para los programas orientados a la investigación, la experiencia previa en investigación es esencial.

También pueden ser útiles las experiencias prácticas en trabajo de salud mental. Muchos estudiantes han sido empleados como auxiliares en hospitales o como paraprofesionales en clínicas, escuelas, centros comunitarios, líneas telefónicas de ayuda en crisis y situaciones similares. Algunos han realizado trabajo práctico asociado con ciertos cursos. Esta experiencia sugiere un nivel mayor de complejidad —una sensación de que ya tiene alguna idea de lo que será una carrera en el campo de la salud mental—. También indica algo sobre su motivación.

Calificaciones esenciales

Los estudiantes preguntan a menudo sobre el promedio mínimo de calificaciones requerido para la admisión o sobre las puntuaciones límite para el GRE. Éstas son preguntas difíciles de responder, ya que los programas varían en forma considerable. Ahora bien, la encuesta de Mayne y cols., indicó que 90% de los programas de doctorado en psicología clínica usa las puntuaciones del GRE para seleccionar aspirantes (Mayne y cols., 1994a). Por consiguiente, para bien o para mal, parece que los comités de admisión ponen mucho énfasis en las puntuaciones del GRE. En general, las escuelas que reciben cantidades muy grandes de solicitudes tienden a pedir niveles superiores de promedio de calificaciones y de puntuaciones en el GRE. Los

programas de doctorado en filosofía orientados a la investigación se inclinan por puntuaciones GRE y promedios de calificaciones superiores que los programas de doctorado en filosofía orientados a la práctica o los programas de doctorado en psicología (Mayne y cols., 1994a). Como podría esperarse por los resultados de esta encuesta, Mayne y cols. reportan que es mucho más difícil lograr la admisión a un programa de doctorado en filosofía orientado a la investigación en psicología clínica (tasa de aceptación = 6% de los aspirantes) que a un programa de doctorado en psicología clínica (tasa de aceptación = 23%).

Algunos comités de selección están más interesados en el promedio de calificaciones del estudiante durante los dos años anteriores que en el de los cuatro años de la carrera. Sin embargo, es probable que un promedio de calificaciones de menos de 3.5 en una escala de 4.0 dificulte la admisión. En el caso de escuelas con una reputación sólida, un promedio de calificaciones de 3.7 puede ser el mínimo. Las puntuaciones altas en el GRE son importantes. Sin embargo, varias escuelas tolerarán puntuaciones más modestas si hay otros factores compensatorios, como un promedio de calificaciones alto o cartas de recomendación convincentes.

Los comentarios anteriores no se aplican a los programas de maestría en psicología clínica. No hay tanta competencia para la admisión a ellos y, como resultado, el promedio de calificaciones y las puntuaciones en el GRE no necesitan ser tan altas. Al mismo tiempo, debe señalarse que completar uno de estos programas no asegura el mejoramiento de las oportunidades de ingresar en un programa de doctorado en filosofía más adelante. Al resumir estas cuestiones, un director clínico de una universidad importante dijo esto sobre las calificaciones para la admisión:

> Primero, y más importante, es un título de licenciatura en psicología con un promedio de calificaciones alto. De manera incidental, preferimos una colección de cursos basados en ciencias y matemáticas que un conjunto suave de cursos. Alrededor de una cuarta parte de nuestros estudiantes ingresa con títulos de maestría, pero esto no los ayuda. Por lo general encontramos que casi todos obtienen MB en los programas de ese nivel, por lo que terminamos volviendo al expediente de licenciatura. Segundo, las cartas de recomendación son de suma importancia y resultan más informativas cuando son redactadas por personas que en verdad conocen al aspirante. Tercero, la experiencia adicional en investigación o terapia es benéfica. Cuarto, las puntuaciones buenas en el GRE son deseables pero no imprescindibles. En esta última disposición, tendemos a ponderar el desempeño en la licenciatura y las cartas de recomendación. (Comunicación personal.)

Una profesión en movimiento

La psicología clínica es una profesión en constante cambio. Aunque conserva su misión básica de aplicar los principios psicológicos a los problemas de los individuos, los métodos y la estructura profesional por medio de las cuales busca cumplir esta misión están experimentando cambios. No está claro si dicho cambio es bueno o refleja una crisis de identidad importante que es de mal agüero para la profesión. Pero una cosa es cierta: es una época emocionante para ser psicólogo clínico y participar en la formación de una profesión.

Demografía

Es importante señalar una tendencia demográfica reciente. Al principio de este capítulo indicamos que sólo alrededor de 25% de los miembros de la División 12 (Psicología Clínica) de la APA son mujeres. Sin embargo, es probable que este porcentaje se incremente en forma impresionante en el futuro. En forma creciente, cada vez más mujeres que hombres reciben sus doctorados en psicología, y esto sucede en especial en la psicología clínica. Algunos lo han denominado como la "feminización" de la psicología clínica. Aún no está claro qué efecto tendrá esto en el campo. Por ejemplo, se ha afirmado que la tendencia hacia salarios inferiores para los psicólogos clínicos en la práctica privada puede relacionarse en forma directa (Phillipson, 1993). Por otra parte, es obvio que un incremento en la representación de las mujeres en la psicología clínica servirá para lograr un mayor avance en el campo, debido a que proporcionará una gama más amplia de perspectivas a problemas que se encuentran tanto en la práctica clínica como en la investigación clínica.

Modelos de enseñanza

Aunque el modelo de enseñanza del profesionista científico todavía predomina, está bajo fuego. Han surgido nuevos modelos. Han proliferado escuelas profesionales sin afiliación universitaria. Se han establecido nuevos programas de titulación dentro de la estructura de las universidades. Por ejemplo, el *grado de doctor en psicología (Psy. D.)* se ha vuelto una opción más común a los títulos de doctor en filosofía orientados a la investigación tradicionales, con más de 500 títulos de doctor en psicología clínica otorgados cada año. La lista de 1998 de los programas clínicos acreditados por la APA que concedían el título de doctor en psicología incluía 31 programas.

Otros han hecho un llamado para un nuevo modelo de enseñanza albergado en *escuelas profesionales* universitarias. Las escuelas profesionales ahora conceden más de la mitad de los doctorados en psicología clínica. L.H. Levy (1984) ha delineado un estatuto para una nueva *psicología de servicios humanos*. Éste sería un programa de enseñanza genérico compuesto por todas las especialidades interesadas en promover el bienestar humano por medio de principios psicológicos, incluyendo psicología clínica, psicología de consejería, psicología escolar, psicología comunitaria, psicología de la salud y otras especialidades. Un modelo de enseñanza que ha ganado cierta prominencia durante los pasados cinco años es el *modelo de la ciencia clínica*. Este modelo surgió por la preocupación de que la psicología clínica, como se practica en la actualidad, no está fundamentada con firmeza en la ciencia. Los programas que se adhieren a este modelo centran la enseñanza en enfoques fundamentados empíricamente en la evaluación, prevención e intervención clínica. Más o menos 17% de los programas de enseñanza clínica se identifica como programas de enseñanza de ciencia clínica. Este modelo de enseñanza, al igual que otros, se comentarán con más detalle en el capítulo 3.

Práctica clínica

A pesar del impacto económico del cuidado financiado, los psicólogos clínicos recién egresados continúan engrosando la práctica privada en grandes cantidades. Los problemas de la licencia y certificación, la participación en programas gubernamentales de salud mental y otras inquietudes gremiales parecen preocupar cada vez más al psicólogo clínico. Los paraprofesionales y profesionales subdoctorales de la salud mental son empleados con mayor frecuencia en una variedad de ámbitos de la salud mental. Realizan funciones rutinarias de aplicación de pruebas, fungen como asistentes en terapias de grupo, llevan a cabo trabajos administrativos en dependencias, etc. Esta tendencia ha sido reforzada por el hecho de que los psicólogos clínicos modernos parecen cada vez menos dispuestos a invertir su tiempo en la aplicación de pruebas de diagnóstico. Donde alguna vez tuvimos psicoterapia individual tradicional y algo de psicoterapia de grupo, ahora tenemos terapia breve, terapia cognitiva conductual, terapia de pareja, terapia Gestalt, terapia familiar, terapia de exposición, terapia racional emotiva, etcétera.

Algunos pueden encontrar señales de fallecimiento de la psicología clínica en todo lo anterior; otros pueden estar emocionados por el conflicto extremo de todo esto. Pero para el futuro estudiante de psicología clínica, la situación actual ofrece una oportunidad sin paralelo para participar en el moldeamiento del futuro de una profesión.

Tolerancia a la ambigüedad y sed de conocimientos nuevos

Para seguir un orden tendríamos que concluir este capítulo con una definición tajante y final de psicología clínica —una que resumiría e integraría nuestra exposición previa y pudiera memorizarse con facilidad—. Sin embargo, tal definición no parece posible o siquiera útil. El problema reside en el nivel, diversidad y patrón de los intereses y actividades de los psicólogos clínicos. Para abarcar tal diversidad, una definición tendría que ser tan larga o general que en esencia carecería de significado. Por ejemplo, algunos sienten que la definición de Resnick (1991) presentada al principio del capítulo es demasiado amplia e inespecífica para la psicología clínica. Hace 45 años, Shaffer y Lazarus, en su libro de texto de psicología clínica, comentaron: "en ninguna parte hay un acuerdo real sobre la función exacta que debería desempeñar el psicólogo clínico" (Shaffer y Lazarus, 1952, p. 25). Poco ha ocurrido mientras tanto que nos persuada de rechazar su valoración. Entonces, bien podría mencionarse una característica

importante del psicólogo clínico: la capacidad para tolerar la ambigüedad.

Atacados por algunos como charlatanes, adorados por otros como salvadores, deprimidos a veces por su falta de conocimiento sobre el comportamiento humano, alegres otras por la mejora notable en sus pacientes, bombardeados por las afirmaciones conflictivas de éxito hechas por cognoscitivistas conductuales por una parte y por psicólogos psicodinámicos por la otra, criticados por los académicos por ser demasiado aplicados y por otros colegas de la salud mental como demasiado abstractos o científicos: ¿es sorprendente que tolerar la ambigüedad sea una cualidad útil para los psicólogos clínicos? Para los estudiantes que desean todas las respuestas acerca del comportamiento humano, la psicología clínica puede ser una empresa muy perturbadora. Pero para quienes desean participar en una búsqueda de medios cada vez más efectivos para mejorar la condición humana, puede ser en verdad remuneradora.

Resumen del capítulo

Como campo, la psicología clínica es bastante difícil de definir en forma precisa. Las actividades de los psicólogos clínicos varían en gran medida y hay cierta superposición con otras profesiones especializadas en la salud mental. En este capítulo hemos presentado los datos más actuales de que se dispone sobre las características y actividades de los psicólogos clínicos dentro de un contexto histórico. El psicólogo clínico moderno pasa una cantidad significativa de la semana laboral ocupado en el servicio clínico directo, diagnóstico y evaluación, administración e investigación y redacción. La enseñanza, supervisión y consulta también son funciones importantes. Los psicólogos clínicos son empleados en una amplia gama de ámbitos, en especial la práctica privada, las universidades y los centros médicos. De acuerdo con las encuestas, la mayoría de los psicólogos clínicos son hombres y las orientaciones teóricas respaldadas con mayor frecuencia son ecléctica/integradora, cognoscitivista y psicodinámica. Sobre todo, el campo de la psicología clínica está comprometido fuertemente con la tradición de investigación, con un énfasis en los enfoques con apoyo empírico para la evaluación, prevención e intervención. Por último, este capítulo concluye con un panorama de la enseñanza de la psicología clínica, que incluye descripciones de los principales componentes de la enseñanza para graduados al igual que los pasos para obtener la admisión en un programa de doctorado en psicología clínica.

Términos clave

acreditación Una designación concedida por la Asociación Psicológica Estadounidense a los programas de enseñanza psicológica que cumplen estándares aceptables de enseñanza.

clínica psicológica Una clínica operada por un programa de enseñanza de psicología clínica y cuyo personal está formado por estudiantes y profesores de psicología clínica y otros. La clínica psicológica proporciona un escenario para que los estudiantes clínicos obtengan experiencia práctica ofreciendo servicios de evaluación, terapia y consulta al público.

doctorado en psicología clínica e investigación Un título que requiere estudios más allá del grado de maestría. En psicología clínica, por lo general se obtiene después de cuatro años de estudios de posgrado en evaluación, diagnóstico, psicoterapia e investigación, más un año de internado.

enfoque idiográfico El enfoque que enfatiza las diferencias individuales sobre los principios conductuales generales. Se asocia con la práctica clínica de orientación subjetiva.

enfoque nomotético El enfoque que examina o intenta identificar principios generales del comportamiento, quitando énfasis a las diferencias individuales. Este enfoque se asocia con la práctica clínica de orientación empírica.

escuelas profesionales Escuelas que ofrecen enseñanza avanzada en psicología que subrayan la competencia en la evaluación y la psicoterapia sobre la competencia en la investigación. Muchas escuelas profesionales no están afiliadas a las universidades y la mayor parte otorga el grado de doctor en psicología.

examen de aptitud Un examen que se exige a los estudiantes de psicología clínica, por lo general en su tercer año de estudios. La función de este examen es asegurar la competencia académica del alumno.

examen de Registro para Graduados Una prueba que a menudo se exige a los aspirantes a ingresar en programas de enseñanza de posgrado. El GRE (por sus siglas en inglés) evalúa capacidades cuantitativas, verbales y analíticas. Además, también ofrece pruebas temáticas para varias disciplinas, incluyendo la psicología.

grado de doctor en psicología (Psy.D.) Un título avanzado en psicología que está surgiendo como alternativa a los grados de Ph.D. tradicionales orientados a la investigación.

grado de maestría Un título avanzado, que se obtiene por lo general después de dos años de trabajo de posgrado. Los individuos con estudios de maestría en psicología clínica trabajan en una variedad de escenarios que proporcionan servicios, pero que pueden tener menos probabilidad de obtener la independencia profesional que las personas con doctorado.

internado Una experiencia clínica intensiva indispensable para todo estudiante de psicología clínica y que suele realizarse al final de los estudios de posgrado. Por lo general, el internado dura un año y representa trabajo de tiempo completo en una instalación independiente.

modelo de la ciencia clínica Un modelo de enseñanza de la psicología clínica que enfatiza los enfoques con soporte empírico para la evaluación, prevención e intervención clínica. Este modelo surgió de las preocupaciones respecto a que la psicología clínica no estaba bien fundamentada en la ciencia.

modelo del profesional científico La filosofía de enseñanza predominante en la psicología clínica en la actualidad. Se basa en la idea de que los psicólogos clínicos deberían integrar sus funciones de científico y profesional.

orientación teórica Este término se refiere a la estructura teórica en que se basa un psicólogo para conceptualizar y tratar los problemas de los clientes. Ejemplos de tales orientaciones incluyen psicodinámica, cognitiva, conductual, interpersonal, de sistemas y ecléctica/integradora.

paraprofesionales Individuos (como los trabajadores de las líneas telefónicas de atención de crisis) capacitados para apoyar a los trabajadores profesionales de la salud mental.

práctica clínica Una experiencia de enseñanza diseñada para formar habilidades clínicas específicas (en evaluación, psicoterapia, etcétera). A menudo, una práctica combina el contenido académico, o teoría, con la experiencia práctica.

psicólogo clínico Un miembro de una profesión dedicada a entender y tratar individuos afectados por una variedad de dificultades emocionales, conductuales, cognitivas. Los psicólogos clínicos pueden participar en numerosas actividades, incluyendo psicoterapia, evaluación y diagnóstico, enseñanza, supervisión, investigación, consulta y administración.

psicólogos consejeros Psicólogos cuyos intereses y actividades se superponen de manera significativa con los de los psicólogos clínicos. De manera tradicional, los psicólogos consejeros han proporcionado psicoterapia individual y de grupo para individuos normales o moderadamente desadaptados y han ofrecido consejería educativa y ocupacional.

psicólogos escolares Psicólogos que trabajan con los educadores para promover el crecimiento intelectual, social y emocional de los niños en edad escolar. Las actividades de los psicólogos escolares pueden incluir evaluar menores con necesidades especiales, elaborar intervenciones o programas para abordar estas necesidades y dar consulta a los maestros y administradores respecto de cuestiones de política escolar.

psicólogos de la salud Psicólogos cuyo trabajo de investigación o práctica se enfoca en la prevención de enfermedades, la promoción y mantenimiento de la buena salud o el tratamiento de individuos con determinadas condiciones médicas diagnosticadas.

psicólogos de rehabilitación Psicólogos cuya práctica se enfoca en los individuos con discapacidades físicas o cognoscitivas. Trabajan con más frecuencia en hospitales generales o de rehabilitación y ayudan a los discapacitados a enfrentar las ramificaciones psicológicas, sociales y ambientales de sus condiciones.

psiquiatra Un médico con capacitación intensa en el diagnóstico y tratamiento de una variedad de trastornos mentales. Debido a sus antecedentes médicos, los psiquiatras pueden prescribir medicamentos para aliviar el comportamiento problemático o la angustia psicológica.

trabajadores sociales psiquiátricos Profesionales de la salud mental capacitados en diagnóstico psiquiátrico y en psicoterapia individual y de grupo. Comparada con la que precisan psicólogos y psiquiatras, la capacitación de los trabajadores sociales psiquiátricos es relativamente breve, limitada a un grado de maestría de dos años. Los trabajadores sociales participan en forma intensa en las vidas cotidianas de sus pacientes y se enfocan más en los factores sociales y ambientales que contribuyen a las dificultades de sus pacientes.

Sitios web de interés

1-1 Programas acreditados de internado

http://www.apa.org/ed/intern.html

1-2 Programas de enseñanza de doctorado acreditados en psicología clínica

http://www.apa.org/ed/clin.html

1-3 Recursos de ayuda financiera en Estados Unidos

www.apa.org/ppo/fineduc.html

1-4 Ingreso a la escuela para graduados en psicología

www.apa.org/ed/getin.html

1-5 Comparación entre psiquiatras y psicólogos

www.psych.org/pub-pol-adv/difference.html

1-6 Lista de sitios de internado con páginas Web

http://35.8.37.170/w05doctWeb.html

1-7 Ejemplo de la página Web de un programa de psicología clínica (Universidad de Missouri)

Web.missouri.edu/~psywww/clinical.htm

1-8 Información del Examen de Registro para Graduados (Graduate Record Examination; GRE)

www.gre.org

1-9 Clasificación de los programas de psicología clínica según *U.S. News*

www.usnews.com/usnews/edu/beyond/gradrank/gbpsysp1.ht

CAPÍTULO DOS

Panorama histórico de la psicología clínica

PREGUNTAS PRINCIPALES

1. ¿Qué teorías han ejercido mayor influencia en el campo de la psicología clínica?
2. ¿A qué se debe el nuevo auge de la evaluación y el diagnóstico de la personalidad?
3. ¿Cómo fue que los psicólogos clínicos se involucraron tanto en el tratamiento de los problemas emocionales de los adultos?
4. ¿De qué manera la investigación clínica podría moldear a la práctica clínica y la evaluación clínica?
5. ¿Qué factores condujeron a la "separación" de los miembros de la Asociación Psicológica Estadounidense?

RESEÑA DEL CAPÍTULO

La reflexión sobre las raíces de la psicología clínica puede promover un mejor entendimiento del campo. Este capítulo provee una perspectiva tanto del recorrido histórico de la psicología clínica como de algunos de los problemas actuales que enfrenta la disciplina.

Raíces históricas

Establecer un cierto periodo o designar una persona en particular como el origen de la psicología clínica puede resultar arbitrario, si no es que engañoso. Por supuesto, podemos remitirnos a los filósofos griegos como Tales, Hipócrates o Aristóteles, quienes, mucho antes del nacimiento de Jesucristo, especulaban acerca de los seres humanos y la naturaleza de sus pensamientos, sensaciones y patologías (Shaffer y Lazarus, 1952). Ya que a estos filósofos se les cita como los antecesores de casi toda profesión, movimiento o sistema de pensamiento en la sociedad occidental, citarlos aquí ayuda poco, excepto, quizá, para afirmar nuestros honorables orígenes.

Para los años anteriores a 1890 hay muy poco en la historia de la psicología clínica como para separarla de la historia de la psicología anormal o "psicología médica", como la llamaron Zilboorg y Henry (1941). Reisman (1976) descubre que es más útil buscar las raíces de la psicología clínica moderna en los movimientos de reforma del siglo XIX, que al final llevaron a una mejora en el cuidado del enfermo mental. Tales mejoras, junto con los impulsos humanitarios de quienes las fomentaron, alentaron los frágiles inicios de las profesiones de salud mental como las conocemos en la actualidad (Hothersall, 1984). Una de las figuras principales de este movimiento fue el médico francés Philippe Pinel. Escandalizado por la insensible brutalidad que se acostumbraba en los "hospitales mentales" del siglo XIX, se las arregló para ser nombrado director del asilo de Bicêtre y, más adelante, del de Salpêtrière. Al manejarse con benevolencia y humanidad, realizó un gran avance en un campo muy difícil. Aún no está claro si los avances de Pinel se deben considerar como logros personales o desarrollos lógicos que resultaron de la filosofía de Rousseau y del idealismo de la Revolución francesa. En cualquier caso, su obra marcó un hito en el desarrollo de la psiquiatría, del enfoque de la salud mental y, por último, de la psicología clínica.

Casi al mismo tiempo, un inglés, William Tuke, se dedicaba al establecimiento de lo que podría llamarse un hospital modelo para el tratamiento humanitario de los enfermos y perturbados. En Estados Unidos, Eli Todd trabajaba larga y exitosamente para desarrollar un sanatorio para enfermos mentales en Hartford. Como sus contrapartes europeos, Todd enfatizó la función del cuidado civilizado, el respeto y la moralidad. Mediante sus esfuerzos, se volvió menos común considerar incurables a los pacientes mentales. La búsqueda de antecedentes psicológicos para las enfermedades mentales y el énfasis en el tratamiento han comenzado a reemplazar el rigor rutinario de la custodia.

Otro estadounidense que causó un efecto profundo en el movimiento de la salud mental fue Dorothea Dix. Ella hizo campaña a fin de obtener mejores instalaciones para los enfermos mentales. Con determinación y perseverancia, presionó, acicateó y persuadió con halagos hasta que los funcionarios gubernamentales respondieron. Mediante la aplicación de la fuerza del sentido común, de los hechos, de la opinión pública y del anticuado pero eficaz cabildeo, forjó su anhelo. En 1848, Nueva Jersey respondió construyendo un hospital para los "dementes" —el primero en una procesión de más de treinta estados que hicieron lo mismo.

Gracias a los esfuerzos de esta gente, se habían puesto los cimientos para el campo de la psicología clínica. No obstante, sería un error evaluar estas contribuciones como independientes de las fuerzas sociales y las ideas de la época. En el siglo XIX, los filósofos y los escritores proclamaban la dignidad y la igualdad para todos. Los gobiernos comenzaban a dar respuestas. Incluso la ciencia, que apenas estaba siendo reconocida, contribuyó al movimiento. Comenzó a prevalecer una atmósfera del "conocimiento por medio de la experimentación". El sentimiento de que la gente podía predecir, entender y quizá hasta controlar la condición humana empezó a sustituir a la sabiduría antigua. Este fermento en la ciencia, la literatura, la política, el gobierno y las reformas se combinó para producir los primeros signos claros e inequívocos de nuevas profesiones en lo que llegaría a conocerse como "salud mental".

FIGURA 2.1 Dorothea Dix viajó por cada estado de la Unión Americana durante 40 años haciendo campaña para obtener un tratamiento más humano y mejores instalaciones para los dementes y los retrasados mentales. Durante la Guerra de Secesión fue jefa de enfermeras de hospital para las fuerzas de la Unión
The Bettmann Archive. © Bettmann/CORBIS



Estos breves bosquejos representan algunas de las raíces de la psicología clínica. En las páginas siguientes seguiremos su desarrollo en las áreas específicas del diagnóstico y la evaluación, las intervenciones, la investigación y las cuestiones profesionales.

Diagnóstico y evaluación

Los comienzos (1850-1899)

Para muchos, la esencia de la psicología clínica ha sido su insistencia en evaluar las diferencias entre la gente. Si se sigue el rastro a gran parte de ese énfasis, daremos con el inglés Francis Galton, quien dedicó gran cantidad de esfuerzo a la aplicación de métodos cuantitativos para comprender las diferencias entre las personas. Al seguir su interés en la agudeza sensorial, las habilidades motoras y el tiempo de reacción, estableció un laboratorio antropométrico en 1882.

Esta tradición fue fomentada por la obra del estadounidense James McKeen Cattell. A pesar de la desaprobación de Wilhelm Wundt, en cuyo laboratorio trabajaba como asistente, Cattell volcó su atención hacia las diferencias en el tiempo de reacción entre las personas. Al igual que Galton, creía que era una manera de acercarse al estudio de la inteligencia. De hecho, él acuñó el término *pruebas mentales* para describir sus mediciones (Thorndike, 1997). Mediante el uso de una batería de diez pruebas, Cattell esperaba descubrir la constancia de los procesos mentales e incluso predijo que tales pruebas podrían utilizarse para la selección y la capacitación de la gente, así como en la detección de enfermedades. En sus primeros trabajos podemos ver los primeros pasos vacilantes del movimiento en favor de las pruebas.

El trabajo de diagnóstico de Emil Kraepelin en 1913 ilustra una tendencia relacionada del mismo periodo. Pocos psiquiatras de la época podrían igualar su importancia profesional. Cuando Kraepelin dividió la enfermedad mental en tipos determinados por factores exógenos (curables) y tipos causados por factores endógenos (incurables), dio inicio a un romance con los esquemas de clasificación que persiste aun en nuestros días. Sus descripciones y clasificaciones de los pacientes eran heurísticas y han servido para estimular una enorme cantidad de debates en torno a la psicopatología.

El advenimiento de la Era moderna (1900-1919)

Uno de los desarrollos más importantes durante esta época fue el surgimiento de la medición de la capacidad mental o aplicación de pruebas psicológicas para el diagnóstico. Los inicios quizá estén en Galton o Cattell, pero los impulsos decisivos provinieron de la obra de Alfred Binet.

Binet estaba convencido de que la clave para el estudio de las diferencias individuales era la noción de las normas y las desviaciones de éstas. Después que Binet presentó una propuesta al ministro de educación pública de París, en 1904, una comisión se acercó a él y a su colaborador Theodore Simon para que desarrollaran los medios que aseguraran que los niños con limitaciones cognoscitivas fueran educados en forma adecuada (Thorndike, 1997). Con el propósito de distinguir de manera objetiva entre varios grados de limitaciones, los dos hombres

elaboraron la escala Binet-Simon de 1908. Es difícil sobrestimar la profunda influencia que ha ejercido esta escala en la *medición de la inteligencia*. Más tarde, Henry Goddard introdujo en Estados Unidos las pruebas de Binet, y Lewis Terman hizo una revisión estadounidense en 1916.

También se estaban haciendo algunos progresos en el área de la aplicación de *pruebas de personalidad*. Hacia 1905, Carl Jung comenzó a emplear métodos de asociación de palabras para intentar descubrir complejos inconscientes. En 1910, se publicó la Prueba de Asociación Libre Kent-Rosanoff. Aun cuando Galton había experimentado con técnicas similares hacia 1879, estas pruebas de asociación libre marcaron un avance significativo en las pruebas de diagnóstico.

En 1904, Charles Spearman planteó el concepto de una inteligencia general, a la que denominó *g*. Edward Thorndike respondió con una conceptualización que enfatizaba la importancia de las capacidades separadas. Cualquiera que haya sido la verdad, continuó el gran debate respecto de la naturaleza de la inteligencia —un debate que continúa apasionando en la actualidad.

Cuando Estados Unidos entró a la Primera Guerra Mundial en 1917, surgió la necesidad de seleccionar y clasificar a las hordas de reclutas militares que estaban siendo puestos en servicio. El Departamento Médico del Ejército designó un comité de cinco miembros de la Asociación Psicológica Estadounidense (APA), presidido por Robert Yerkes. Al comité se le asignó la tarea de crear un sistema para clasificar a los hombres de acuerdo con sus niveles de capacidad. En 1917 se diseñó la prueba Alfa del Ejército. Era una escala verbal a la que rápidamente le siguió una escala no verbal: la prueba Beta del Ejército. En la misma línea, Robert Woodworth elaboró su Inventario Psiconeurótico, en 1917, que quizá fue el primer cuestionario diseñado para revelar la conducta anormal. Con el advenimiento de instrumentos de selección tan rudimentarios como la Hoja de Información Personal de Woodworth y las pruebas Alfa y Beta del Ejército, se había puesto en marcha el movimiento de las pruebas de grupo.

Periodo entre guerras (1920-1939)

En el periodo entre las dos guerras mundiales hubo un progreso considerable en la aplicación de pruebas psicológicas para el diagnóstico. Pintner y Paterson introdujeron su escala de inteligencia no verbal. En 1930 apareció la Escala de Puntos Arthur, y le siguió la prueba Cornell-Coxe, en 1934. En 1926 se publicó la técnica Goodenough, "Dibuja una figura humana", para medir la inteligencia. Los psicólogos contaban ya con pruebas individuales y de grupo, pruebas verbales y no verbales; los psicólogos clínicos empleaban términos como "cociente de inteligencia".

Se encontraban ya entre nosotros las pruebas de aptitudes, representadas por las pruebas Seashore de capacidad musical. Por esta época, las pruebas de interés también habían hecho su aparición. En 1927, salió a escena la Hoja en Blanco de Interés Vocacional de Strong, seguida por el Registro de Preferencias de Kuder.

En 1927, el continuo debate acerca de los problemas teóricos de la inteligencia se animó aún más por la contribución de Louis Thurstone basada en el análisis factorial. Spearman, Thorndike y Thurstone habían entrado al campo de la inteligencia y cada uno hizo aportaciones importantes. En 1928 se publicaron las escalas de desarrollo de Gesell y, en 1936, surgió la Escala de Madurez Social Vineland, de Doll. La escala de Doll no enfocaba el comportamiento estrictamente en función de la inteligencia, sino en función de una madurez, o competencia, social del individuo.

En 1939 ocurrió un desarrollo importante en el movimiento de las pruebas de inteligencia cuando David Wechsler publicó la prueba Wechsler-Bellevue. Hasta entonces no había habido una medición individual satisfactoria de la inteligencia *adulta*. Revisiones subsecuentes de la prueba Wechsler-Bellevue han servido como las primeras pruebas individuales para la inteligencia adulta.

Las pruebas de inteligencia, de intereses y de capacidades no fueron los únicos desarrollos de pruebas en estos años. El campo de la aplicación de pruebas de personalidad también avanzó a grandes zancadas. A la Hoja de Información Personal de Woodworth le siguieron la prueba X-0, de Pressey, en 1921, para medir las emociones, y la Prueba de Voluntad-Temperamento, de Downey, en 1923. El Estudio de Valores Allport-Vernon surgió en 1931.

Sin embargo, la gran noticia fueron las pruebas proyectivas. Aunque ya se habían hecho algunos progresos iniciales por medio de la investigación de la asociación de palabras de Galton, Jung y Kent y Rosanoff, el suceso que fue un parteaguas para las pruebas proyectivas ocurrió en 1921 cuando

el psiquiatra suizo Hermann Rorschach publicó *Psychodiagnostik*. En este libro, Rorschach describió su utilización de manchas de tinta para diagnosticar pacientes psiquiátricos. La obra de Rorschach sugería que cuando las personas responden a un estímulo de prueba ambiguo, revelarán algo de sus respuestas ante las experiencias de la vida real.

No fue sino hasta 1937, cuando S. J. Beck y Bruno Klopfer publicaron por separado sus manuales y procedimientos de calificación, tanto que el método Rorschach llamó en verdad la atención. Luego, en 1939, L. K. Frank acuñó el término *técnicas proyectivas*. A partir de entonces surgió un verdadero caudal de publicaciones de investigación, libros, cursos y variaciones de técnicas proyectivas.

Otro aspecto del movimiento proyectivo lo representa la publicación de la Prueba de Apercepción Temática (TAT), de Christiana Morgan y Henry Murray, en 1935. En esta prueba se pide a la persona que mire fotografías ambiguas y que luego elabore una historia que describa las actividades, los pensamientos y los sentimientos de las personas que aparecen en las fotografías. La TAT sigue siendo un instrumento proyectivo de amplio uso, probablemente sólo superado en popularidad por el de Rorschach entre las pruebas proyectivas. Después, en 1938, Lauretta Bender publicó su prueba Bender-Gestalt, que también ha sido empleada como una medida proyectiva de la personalidad.

De la Segunda Guerra Mundial en adelante (de 1940 al presente)

El éxito de la psicología clínica con las pruebas de inteligencia causó su subsiguiente movimiento a la esfera de la evaluación de la personalidad. Conforme los psicólogos clínicos se trasladaron más allá de las instalaciones de las escuelas públicas y de las instituciones para individuos con limitaciones cognoscitivas hacia instituciones penales, hospitales mentales y clínicas, los médicos y psiquiatras que les enviaban pacientes poco a poco comenzaron a plantear interrogantes más complejas. Asuntos como "¿cuál es el nivel de capacidad del paciente?" empezaron a evolucionar hacia preguntas más complicadas que tenían que ver con diagnósticos diferenciales; por ejemplo, "¿Este nivel de funcionamiento del paciente se debe a limitaciones intelectuales constitucionales o a un 'proceso de enfermedad' como el de la esquizofrenia que erosiona el desempeño intelectual?" Debido a que contestar estas preguntas significa más que sólo identificar un nivel de CI, se desarrollaron nuevos métodos para el examen del desempeño del paciente en pruebas de inteligencia. En muchos casos, los psicólogos empezaron a observar patrones de desempeño en vez de sólo una puntuación general.

En 1943 apareció el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (Minnesota Multiphasic Personality Inventory; MMPI) (Hathaway, 1943). El MMPI era una prueba de información personal objetiva cuya función principal, en un inicio, parecía ser la de pegar etiquetas psiquiátricas a los pacientes. Aunque otras pruebas, como la de Rorschach, se estaban utilizando con frecuencia para propósitos similares, el MMPI era único porque las puntuaciones o respuestas no necesitaban interpretación teórica.

Las décadas de los cuarenta y cincuenta atestiguaron una complejidad creciente en la tecnología para la aplicación de pruebas. Desatados por el desarrollo del MMPI, surgieron debates sobre la efectividad relativa de la predicción clínica y estadística (Meehl, 1954; Sarbin, 1943). ¿Cuál era superior: las impresiones subjetivas del psicólogo clínico o los enfoques rígidos y objetivos basados en datos precisos como las puntuaciones de las pruebas que eran cuantificables de inmediato? También hubo discusiones rebuscadas sobre métodos para la validación de pruebas y la prevención contra las actitudes engañosas de quienes responden la prueba (Cronbach, 1946; Cronbach y Meehl, 1955). La evaluación había recorrido un largo camino desde los instrumentos burdos de la Primera Guerra Mundial. De hecho, durante este periodo se supo lo suficiente acerca de la elaboración de pruebas como para que la APA pudiera promulgar normas para su elaboración apropiada (American Psychological Association, 1954).

En la secuela de la Segunda Guerra Mundial, la importancia de las pruebas de inteligencia prosiguió. En 1949, Wechsler publicó otra prueba individual: la Escala Wechsler de Inteligencia para Niños, que se iba a convertir en una alternativa seria para la Stanford-Binet. Más tarde, en 1955, apareció la Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos (una revisión de la Escala Wechsler-Bellevue). Estas pruebas marcaron el inicio de una serie completa de revisiones subsecuentes de las formas para niños y adultos de las escalas Wechsler.

Las décadas de los cuarenta y cincuenta presenciaron un crecimiento explosivo de las pruebas de personalidad, en especial de las proyectivas. La Rorschach y la TAT mantuvieron su posición

prominente. No obstante, se publicaron muchas otras medidas durante esos años (Anderson y Anderson, 1951). Los psicólogos clínicos eran vistos como expertos en *psicodiagnóstico*: la utilización e interpretación de las puntuaciones de las pruebas psicológicas como base para la formulación del diagnóstico, así como para la planificación del tratamiento. No obstante, se agudizaba la división al interior de la profesión respecto de si las medidas de evaluación objetivas o las proyectivas eran más adecuadas para describir de manera acertada la personalidad y la psicopatología. Las *medidas objetivas*, como el MMPI y su versión revisada, el MMPI-2 (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989), se basan en un planteamiento nomotético para la evaluación en que las puntuaciones se interpretan mediante normas con base empírica que suponen el contraste entre una puntuación obtenida y la puntuación promedio obtenida con una muestra representativa grande. Por el contrario, las respuestas de las *medidas proyectivas* con frecuencia se interpretan mediante un enfoque idiográfico. El punto central puede estar más sobre el individuo y con frecuencia las interpretaciones son guiadas tanto por la teoría psicodinámica como por reglas apoyadas de manera empírica. La división entre quienes favorecen las técnicas objetivas o las proyectivas continúa hasta la fecha.

De manera sorprendente, sin embargo, el reto principal para la aplicación de pruebas de personalidad proviene del exterior de estas filas. Un movimiento denominado *conductismo radical*, que tuvo su inicio a finales de los cincuenta, comenzó a imponer su influencia. Quienes se adhirieron a esta orientación sostenían que sólo la conducta manifiesta puede medirse y que no resulta útil ni deseable inferir el nivel o existencia de rasgos de la personalidad a partir de los resultados de pruebas psicológicas. Los rasgos de la personalidad, según los conductistas radicales, no pueden medirse de manera directa. La evaluación de la personalidad fue atacada y los programas de psicología clínica de los sesenta adoptaron mucho más de la tendencia conductista. En 1968, Walter Mischel estableció que los rasgos existen más en la mente de los observadores que en la conducta del observado. Se decía que las situaciones, y no algunos conjuntos nebulosos de rasgos, eran los responsables de las maneras en que nos comportamos. De acuerdo con esta perspectiva, los setenta atestiguarían el surgimiento de la *evaluación conductual*. El comportamiento se entendía dentro del contexto de los estímulos o situaciones que lo precedían o seguían.

¿Esto, a su vez, marcó la muerte de la evaluación de la personalidad? En realidad, no. Durante las décadas de los ochenta y noventa resurgió el interés, lo cual puede atribuirse a la presentación y cobertura de una variedad de *trastornos de la personalidad* en el sistema de diagnóstico de los trastornos mentales de Estados Unidos, la introducción de varios inventarios de personalidad más contemporáneos y formulados de manera más psicométrica (por ejemplo, el Inventario Clínico Multiaxial de Millon y el Inventario NEO de la Personalidad) y varias demostraciones empíricas de que los rasgos de la personalidad *sí* parecen ser bastante estables a través del tiempo y las situaciones (por ejemplo, Costa y McCrae, 1988; Epstein y O'Brien, 1985).

Como mencionamos, el sistema oficial de clasificación de diagnóstico estadounidense ha influido en el campo de la evaluación clínica. En 1952 apareció la primera edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; DSM-I), de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense. En forma periódica se han publicado actualizaciones de este manual, la más reciente en 1994 (DSM-IV). Además de la influencia de este sistema de diagnóstico sobre el contenido de los inventarios de informe personal (se diseñaron inventarios nuevos para medir los trastornos mentales que aparecen en el DSM), estimuló el crecimiento de otra línea de herramientas de evaluación: las *entrevistas estructuradas de diagnóstico*. Estas entrevistas consisten en una lista estándar de preguntas que están adaptadas según los criterios de diagnóstico para varios de los trastornos del DSM. Los psicólogos clínicos (o investigadores) que necesitan formular un diagnóstico DSM para un paciente (o participante de la investigación) pueden usar estas entrevistas; ya no es necesario aplicar una prueba psicológica y después inferir el estado de diagnóstico de un paciente a partir de las puntuaciones de su prueba.

El interés en la *evaluación neuropsicológica* también se ha incrementado muchísimo. La evaluación neuropsicológica se utiliza para evaluar las fortalezas y las deficiencias relativas de los pacientes, teniendo como base las relaciones entre el cerebro y el comportamiento (respuestas a una prueba) establecidas de manera empírica. Se introdujeron varios dispositivos para detectar el

LÍNEA DEL TIEMPO 2-1 : acontecimientos significativos en la evaluación



funcionamiento del cerebro dañado. En 1947, Halstead introdujo una batería completa de pruebas para ayudar en el diagnóstico de los problemas neuropsicológicos. La evaluación neuropsicológica contemporánea abarca, por lo común, uno de dos enfoques. Algunos usan un grupo uniforme, o batería, de pruebas para todos los pacientes; otros utilizan al principio un subconjunto pequeño de pruebas; después, con base en los resultados de estas pruebas iniciales, emplean pruebas adicionales para resolver y contestar las preguntas de referencia. Algunas de las baterías de pruebas neuropsicológicas más populares incluyen la de Halstead-Reitan (Reitan, 1969) y la Batería Neuropsicológica Luria-Nebraska (Golden, Purisch y Hammeke, 1985). El campo de la neuropsicología se está haciendo cada vez más complejo. En la actualidad, muchas pruebas neuropsicológicas se aplican por medio de computadora, se está brindando más atención a la identificación de los correlatos neuropsicológicos del trastorno mental y los resultados de las pruebas son componentes integrales en la planificación de la rehabilitación (Golden, Zillmer y Spiers, 1992; Jones y Butters, 1991).

Por último, el surgimiento y la popularidad de organizaciones de atención médica subsidiada en los noventa ha afectado la evaluación psicológica. Aunque comentaremos esta tendencia con mayor detalle en el capítulo 3, vale la pena resaltarla aquí. La atención subsidiada de la salud (incluida la salud mental o conductual) se desarrolló en respuesta al rápido incremento del costo de la atención de la salud. Las aseguradoras de terceros (como las grandes compañías) se interesaron en la atención subsidiada de la salud debido a que controlaba y reducía los costos. Dicha atención de la salud requiere que quienes proveen servicios sean más responsables y eficientes al proporcionarlos. Los psicólogos clínicos que son proveedores de varios planes de atención subsidiada de la salud se han interesado cada vez más en el uso de medidas o pruebas psicológicas confiables y válidas que 1) ayuden en la planificación del tratamiento mediante la identificación y evaluación precisa de los síntomas del problema, 2) sean sensibles a cualquier cambio o mejora en el funcionamiento del cliente como resultado del tratamiento, y 3) que sean relativamente breves. Estos y otros asuntos fueron el centro de atención de una sección especial que apareció en la edición de diciembre de 1997 de *Psychological Assessment* (Butcher, 1997).

Varios de estos rasgos sobresalientes se resumen en la línea del tiempo 2-1, titulada "Acontecimientos significativos en la evaluación" de la página 37.

Intervenciones

Los comienzos (1850-1899)

El interés de Kraepelin se centraba en la clasificación de las psicosis. Pero otros investigaban nuevos tratamientos para pacientes neuróticos, como la sugestión y la hipnosis. De manera específica, Jean Charcot obtuvo una reputación extendida por sus investigaciones con pacientes histéricos. Era un maestro de la demostración clínica dramática con los pacientes hipnotizados. De hecho, creía que sólo los histéricos podían ser hipnotizados. Sin embargo, es probable que estuviera investigando la hipnosis más que la histeria. Otros, como Hippolyte Bernheim y Pierre Janet, criticaron el trabajo de Charcot. Bernheim sentía que la sintomatología de la histeria no era más que sugestibilidad. Janet, por otra parte, llegó a considerar la histeria como una manifestación de una "personalidad dividida" y como una especie de degeneración hereditaria.

Más o menos al mismo tiempo comenzó la colaboración trascendental de Josef Breuer y Sigmund Freud. A principios de la década de los ochenta del siglo XIX, Breuer estaba tratando a una joven paciente llamada "Anna O", quien tenía un diagnóstico de histeria. El tratamiento de Anna O presentó muchos desafíos pero también condujo a avances teóricos que influirían en la práctica de la psicoterapia en los años siguientes. Breuer discutió el caso en forma extensa con Freud, quien se interesó tanto que fue a París para aprender todo lo que pudiera enseñarle Charcot sobre histeria. Para abreviar de manera considerable una larga historia, en 1895 Breuer y Freud publicaron *Estudios sobre la histeria*. Por una variedad de razones, la relación entre los dos hombres se volvió después bastante tirante. Pero su colaboración sirvió como plataforma de lanzamiento para el *psicoanálisis*, el desarrollo teórico y de tratamiento más influyente en la historia de la psiquiatría y la psicología clínica.

El advenimiento de la Era moderna (1900-1919)

Los reformadores como Clifford Beers han sido importantes en la historia de la psicología clínica.

FIGURA 2-2 Jean Charcot demuestra la hipnosis con una paciente llamada "Wit". Aunque capacitado como neurólogo, Charcot empleó un enfoque psicosocial para explicar la histeria
The Bettmann Archive. © Bettmann/CORBIS.



Beers fue hospitalizado tras varias depresiones. Mientras se encontraba hospitalizado, entró en una fase maniaca y comenzó a registrar sus experiencias en el hospital. Cuando quedó libre de sus síntomas maniaco-depresivos, fue dado de alta. Pero este hecho no debilitó su resolución de escribir un libro que expusiera los abusos en la atención hospitalaria de los enfermos mentales. Deseaba mucho generar un movimiento público para rectificar esos abusos. En 1908, se publicó *A Mind That Found Itself*, y se inició el movimiento de higiene mental en Estados Unidos.

En 1900, poco después de que Beers ingresó en el hospital, Freud publicó *La interpretación de los sueños*. Con este acontecimiento, estaba en pleno apogeo el movimiento psicoanalítico. Conceptos como el inconsciente, el complejo de Edipo y el yo comenzaron su ascendencia, y la sexualidad se convirtió en la moneda del reino psicológico. Las ideas de Freud de ninguna manera fueron un éxito de la noche a la mañana. El reconocimiento llegó con lentitud, pero los conversos comenzaron a recorrer el camino hasta su puerta. Alfred Adler, Carl Jung y otros comenzaron a prestar atención. Freud publicó otros libros y la lista de conversos creció aún más, incluyendo a A. A. Brill, Paul Federn, Otto Rank, Ernest Jones, Wilhelm Stekel, Sandor Ferenczi y otros.

Más adelante en este capítulo señalaremos el establecimiento de la primera clínica psicológica llevado a cabo por Witmer. También fue importante que William Healy fundara una clínica de orientación infantil en Chicago en 1909. Esta clínica usaba un enfoque de equipo que incluía psiquiatras, trabajadores sociales y psicólogos, quienes dirigían sus esfuerzos hacia lo que ahora se denominaría delincuentes juveniles, en lugar de hacia los problemas de aprendizaje de los niños que habían atraído la atención de Witmer. Los conceptos y métodos freudianos influyeron en gran medida el enfoque de Healy. A final de cuentas tal enfoque tuvo el efecto de cambiar el trabajo de la psicología clínica con niños en la dirección dinámica de Freud en lugar de hacerlo hacia una estructura educativa.

FIGURA 2-3 Clifford Beers escribió *A Mind That Found Itself*, una crónica de sus experiencias mientras estuvo hospitalizado como paciente mental. Sus esfuerzos contribuyeron al inicio del movimiento de higiene mental

The Bettmann Archives © Bettmann/CORBIS



En 1905, Joseph Pratt, un médico internista, y Elwood Worcester, un psicólogo, comenzaron a usar un método de discusión de apoyo entre pacientes mentales hospitalizados. Fue el precursor de una variedad de métodos de terapia de grupo que se volvieron prominentes en las décadas de los veinte y treinta.

Periodo entre guerras (1920-1939)

El psicoanálisis de principios del siglo XX se dedicaba en gran medida al tratamiento de adultos y era practicado casi en exclusiva por analistas cuya capacitación básica era en medicina. Freud, sin embargo, afirmó que los psicoanalistas no necesitaban una educación médica. A pesar de las protestas de Freud (Freud, 1926/1959), la profesión médica reclamó derechos exclusivos sobre la terapia psicoanalítica, y de este modo dificultó la entrada subsiguiente de los psicólogos en la empresa de la terapia.

El ingreso final de los psicólogos a las actividades terapéuticas fue una consecuencia natural de sus trabajos iniciales con niños en varias *clínicas de orientación*. Al principio, ese trabajo se limitó en gran medida a la evaluación de las capacidades intelectuales de los menores y ésta, por supuesto, suponía la consulta con padres y maestros. Pero es difícil separar el funcionamiento intelectual y el éxito escolar de los aspectos psicológicos mayores del comportamiento. Como resultado, era natural que los psicólogos comenzaran a ofrecer consejos y a hacer recomendaciones más allá del análisis reducido de las capacidades.

Mientras los psicólogos buscaban principios psicológicos que los ayudaran en sus esfuerzos, el trabajo de Freud y de Alfred Adler llamaron su atención. En particular, estaban impresionados por el trabajo de Adler, el cual tenía más lógica que el de Freud. Es más, el interés de este último parecía centrarse en los adultos y en los antecedentes sexuales de sus problemas, mientras que la desestimación que hace Adler de la función de la sexualidad en la economía psicológica de una persona y su énfasis concomitante en la estructura de las relaciones familiares parecía congeniar mucho más con los profesionales estadounidenses de la salud mental. Para principios de los treinta, las ideas de Adler (1930) estaban instaladas cómodamente en las clínicas estadounidenses que trataban problemas infantiles.

Una segunda tendencia que influyó en el trabajo inicial con niños —la *terapia de juego*— se derivó en forma más directa de los principios freudianos tradicionales. La terapia de juego en esencia es una técnica que se basa en los poderes curativos de la liberación de la ansiedad u hostilidad por medio del juego expresivo. En 1928, Anna Freud, la distinguida hija de Sigmund Freud, describió un método de terapia de juego derivado de principios psicoanalíticos.

La terapia de grupo también comenzó a atraer la atención. Para principios de los treinta, los trabajos de J. L. Moreno y de S. R. Slavson tuvieron un gran impacto. Otra precursora de lo que estaba por venir fue la técnica de "terapia pasiva" descrita por Frederick Allen (1934). En este enfoque uno puede ver algunas de las primeras agitaciones de lo que se convertiría en la terapia centrada en el cliente. Pero también había otros indicios en el aire. En 1920, John Watson describió el famoso caso de Albert y la rata blanca, en que un niño pequeño fue condicionado a desarrollar un temor tipo neurótico a los objetos peludos y blancos

(Watson y Rayner, 1920). Unos cuantos años más tarde, Mary Cover Jones (1924) mostró cómo estos temores podían eliminarse por medio del condicionamiento. Un poco más adelante, J. Levy (1938) describió la "terapia de relación". Estos últimos tres acontecimientos marcaron los inicios de la *terapia del comportamiento*, un grupo de métodos terapéuticos muy popular e influyente que se usa en la actualidad.

De la Segunda Guerra Mundial en adelante (de 1940 al presente)

La Segunda Guerra Mundial no sólo requirió enormes cantidades de hombres, también contribuyó a las dificultades emocionales que se desarrollaron en muchos de ellos. Los médicos y psiquiatras militares eran demasiado pocos para afrontar la epidemia de estos problemas. Como resultado, los psicólogos comenzaron a llenar la brecha en la salud mental. Al principio, su función fue auxiliar y a menudo comprendía sobre todo psicoterapia de grupo. Pero en forma cada vez mayor comenzaron a proporcionar psicoterapia individual y se desempeñaron bien tanto en la meta a corto plazo de regresar a los hombres al combate como en la meta a más largo plazo de la rehabilitación. El desempeño exitoso de los psicólogos en estas actividades, junto con sus habilidades ya demostradas en la investigación y la aplicación de pruebas, produjo el crecimiento gradual de su aceptación como profesionales de la salud mental.

Esta experiencia del tiempo de guerra despertó el apetito de los psicólogos por una responsabilidad mayor en el campo de la salud mental. No se sabe si esta creciente atención a la psicoterapia surgió de un deseo de obtener más responsabilidad profesional, de una conciencia de que poseían las habilidades para realizar tareas de salud mental, de un desencanto embrionario con la utilidad esencial del trabajo diagnóstico, o alguna combinación de los tres. Sin embargo, el escenario se había montado.

Un factor contribuyente adicional para esta cadena de acontecimientos fue una consecuencia de la confusión en Europa en los treinta. Las presiones de la tiranía nazi obligaron a muchos psiquiatras y psicólogos europeos a abandonar sus tierras natales, muchos de los cuales terminaron por establecerse en Estados Unidos. Por medio de reuniones profesionales, conferencias y otras reuniones, las ideas del movimiento freudiano generaron excitación y obtuvieron un crédito cada vez mayor en la psicología. En parte como resultado, los psicólogos clínicos comenzaron a reducir su interés en la evaluación de la inteligencia, la aplicación de pruebas de capacidad y la medición de la disfunción cognoscitiva, y se enfocaron cada vez más en el desarrollo de la personalidad y su descripción.

Conforme disminuía la importancia de la aplicación de pruebas de inteligencia, la psicoterapia y la teoría de la personalidad comenzaron a ocupar el primer plano. Una gran parte de la actividad en estas áreas fue de carácter psicoanalítico. Sin embargo, en 1950, John Dollard y Neal Miller publicaron su libro *Personality and Psychotherapy*, el cual fue un intento seminal para traducir el psicoanálisis de Freud al lenguaje de la teoría del aprendizaje. En efecto, el psicoanálisis era una fuerza tan dominante en esa época que cuando Carl Rogers publicó *Client-Centered Therapy* en 1951, la suya fue la primera alternativa importante a la terapia psicoanalítica hasta ese momento. El libro de Rogers fue un avance enormemente significativo que tuvo extensas repercusiones en el mundo de la psicoterapia y la investigación.

En 1946, Alexander y French publicaron una obra importante sobre intervenciones psicoanalíticas más breves. Estaban comenzando a proliferar formas más nuevas de terapia. Por ejemplo, Perls introdujo la terapia Gestalt (Perls, Hefferline y Goodman, 1951) y Frankl (1953) habló sobre la logoterapia y su relación con la teoría existencial. En 1958, Ackerman describió la terapia familiar y, en 1962, Ellis explicó su terapia racional emotiva. Más o menos al mismo tiempo llegó el análisis transaccional, o AT, de Berne (1961). La terapia se había convertido en una industria creciente. No hubo mejor indicio de la importancia de la psicoterapia en las vidas profesionales de los psicólogos clínicos que el efecto de la crítica de Eysenck (1952) a la terapia. Su informe mordaz sobre la ineficacia de la psicoterapia alarmó a muchos e inspiró a otros a llevar a cabo investigaciones diseñadas para demostrar que estaba equivocado.

Sin embargo, la psicoterapia no era toda la historia. Los conductistas comenzaban a desarrollar lo que consideraban una clase de terapia más "realista". Andrew Salter (1949) escribió *Conditioned Reflex Therapy*, un trabajo pionero en lo que más tarde evolucionó hacia los métodos de desensibilización. En 1953, B.F. Skinner favoreció la causa de la terapia conductual cuando esbozó la aplicación de los principios operantes a las intervenciones terapéuticas y sociales. Luego, en 1958, Joseph Wolpe introdujo la desensibilización sistemática, una técnica basada en principios de condicionamiento; ahora el movimiento de la terapia del comportamiento estaba más firmemente atrincherado que nunca. Albert Bandura (1969) montó el escenario para el movimiento cognoscitivo conductual al demostrar cómo podía modificarse el comportamiento por medio de la observación de otros, o modelamiento.

Mientras que el psicoanálisis y la psicoterapia psicodinámica habían sido las fuerzas dominantes, la terapia conductual estaba ganando popularidad entre los psicólogos clínicos. Su atractivo se derivaba de que se centraba en el comportamiento observable (y mensurable), en la duración menor del tratamiento requerido y en el énfasis en la valoración empírica del resultado del tratamiento. La terapia del comportamiento ayudó a estimular el crecimiento de la investigación en la psicoterapia. Antes, sólo un número selecto de académicos realizaba estudios de la eficacia del tratamiento. Ahora vemos a muchos investigadores y profesionales que usan métodos empíricos para investigar la efectividad de diversas técnicas de tratamiento.

Algunas otras tendencias en la intervención también son notables. Primero, el número de tratamientos empleados por los psicólogos clínicos ha crecido en forma tremenda a lo largo de los años. Éstos varían de los enfoques cognoscitivos conductuales que tienen un soporte empírico hasta enfoques más "tendenciosos" como la "terapia infantil interna", que carecen de bases empíricas. Algunos han estimado el número de terapias disponible en bastante más de 400. Por fortuna, no todas son las "terapias del mes" y muchas tienen apoyo empírico. Quizá debido a esta colección asombrosa de opciones de orientaciones y tratamientos terapéuticos, muchos psicólogos clínicos se refieren a ellos como *eclécticos*. Estos clínicos emplean las técnicas de más de una orientación teórica, basando su selección en los problemas particulares del cliente o paciente. Al mismo tiempo, muchos psicólogos clínicos están interesados en la integración de varios enfoques en una modalidad terapéutica, así como en la identificación de factores comunes que subyacen en diferentes aproximaciones al tratamiento (J. D. Frank, 1971).

Segundo, la *terapia breve* o de *"tiempo efectivo"* (Budman y Gurman, 1988) se está convirtiendo en el modo preferido de intervención psicoterapéutica por varias razones. Muchos individuos no pueden costear años de psicoterapia. Las formas más breves de terapia han mostrado que son igual de efectivas —si no es que más— que la psicoterapia tradicional. Además, las compañías de atención médica subsidiada, que controlan el reembolso para el tratamiento de la salud mental, a menudo no están dispuestas a reembolsar a los clínicos más que un puñado de sesiones. Junto con el desarrollo de formas breves de terapia, se han introducido *formas "manualizadas" de tratamiento* en el trabajo clínico (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Strupp y Binder, 1984). Estos manuales son útiles para los clínicos debido a que delinean metas de tratamiento para cada sesión al igual que las técnicas que se usarán, y de manera típica el "paquete" de tratamiento puede ponerse en práctica y completarse en 10 a 15 sesiones o menos. Además, ayudan a la investigación dirigida a la determinación de la eficacia o efectividad de las intervenciones psicológicas. En la actualidad, se dispone de manuales de tratamiento para una amplia gama de problemas psicológicos, incluyendo depresión, trastornos de ansiedad y trastornos de la personalidad. Resaltaremos muchos de estos tratamientos a lo largo de este libro.

Tercero, para los años cincuenta algunos clínicos habían comenzado a desencantarse de los métodos de terapia que trataban a un solo paciente a la vez (o incluso diez pacientes al mismo tiempo, como en la terapia de grupo). Buscaban un enfoque más "preventivo". Su búsqueda culminó en el surgimiento de la *psicología comunitaria* en los sesenta y la *psicología de la salud* en los ochenta. Un número creciente de psicólogos clínicos proporciona servicios relacionados con la prevención de problemas de salud, problemas de salud mental y lesiones. El área de la prevención se asocia a menudo con la psicología de la salud y en años venideros será objeto de mayor atención pública conforme los médicos de atención primaria y las compañías que administran la atención recurran a la psicología.

LÍNEA DEL TIEMPO 2-2: acontecimientos significativos en la intervención



Por último, a partir de 1995 se han diseminado en forma amplia listas de "tratamientos con soporte empírico" entre los psicólogos clínicos (por ejemplo, Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995). La lista original y las listas revisadas subsiguientes han identificado las intervenciones para los problemas clínicos hallados a menudo que han acumulado apoyo empírico por medio de estudios de resultados múltiples. Expondremos muchas de estas intervenciones en capítulos posteriores.

Se presenta un resumen de los principales acontecimientos históricos concernientes a las intervenciones en la línea del tiempo 2-2, "Acontecimientos significativos en la intervención", en la página 43.

Investigación

Los comienzos (1850-1899)

La tradición de investigación académica en la psicología debe mucho al trabajo de dos hombres. Por lo general se da crédito al aleman Wilhelm Wundt por el establecimiento del primer laboratorio psicológico formal en Leipzig en 1879. En esa misma década, un estadounidense, William James, también estableció un laboratorio y en 1890 publicó su texto clásico, *Principles of Psychology*. Los trabajos de ambos ejemplifican la tradición académica. Su influencia también es discernible con claridad en el *modelo del profesional científico* que ha servido al campo de la psicología clínica por muchos años.

El advenimiento de la Era moderna (1900-1919)

Durante este periodo, Iván Pavlov dictaba conferencias sobre el reflejo condicionado. Su trabajo sobre el condicionamiento dejó un legado importante para la psicología clínica. La noción de condicionamiento clásico se ha convertido en parte central de la teoría e investigación, y también desempeña una función significativa en una variedad de métodos terapéuticos. Otro avance importante fue la investigación sobre el examen de la inteligencia. En 1905, Binet y Simon ofrecieron alguna evidencia para la validez de su nueva prueba, y en 1916 apareció la investigación de Terman sobre la prueba Binet-Simon. Ésta también fue la época del desarrollo de las pruebas Alfa y Beta del Ejército, descritas antes.

Periodo entre guerras (1920-1939)

La investigación clínica todavía estaba en su infancia. Gran parte del trabajo notable era en el área de la elaboración de pruebas; por ejemplo, la publicación en 1939 de la prueba Wechsler-Bellevue y todo el trabajo de aplicación de pruebas de personalidad de los treinta. En la escena de la investigación académica, tanto el conductismo como la psicología de la gestalt eran prominentes. El conductismo enseñó a los clínicos el poder del condicionamiento en el desarrollo y tratamiento de los trastornos del comportamiento. La psicología de la gestalt subrayaba la importancia de comprender que las percepciones únicas de los pacientes contribuían a sus problemas.

De la Segunda Guerra Mundial en adelante (de 1940 al presente)

Para mediados de los sesenta, el diagnóstico y la evaluación se habían vuelto menos importantes para muchos clínicos. Sin embargo, en los cincuenta era difícil que se hubiera predicho. Las revistas especializadas estaban llenas de estudios de investigación relativas a la aplicación de pruebas de inteligencia y la evaluación de la personalidad. Estudio tras estudio trataba varios aspectos de las escalas Stanford-Binet y Wechsler. La investigación sobre su validez y confiabilidad, su uso con varios grupos de diagnóstico, formas abreviadas e implicaciones para la personalidad aparecieron en oleadas. La historia fue parecida para las pruebas proyectivas. Literalmente se publicaron cientos de estudios que trataban de la Rorschach y la TAT. Muchos de estos estudios también se enfocaron en cuestiones de confiabilidad y validez. Algunos observadores atribuyen parte de la declinación subsiguiente en la aplicación de pruebas proyectivas a los muchos estudios de validez negativos que aparecieron durante esta época.

Otro avance muy importante en la investigación durante estos años fue el surgimiento de estudios sobre el proceso y efectividad de la psicoterapia. Como se señaló antes, la crítica de Eysenck envió a los perturbados clínicos a apuntalar la imagen de la psico-

terapia por medio de la evidencia proporcionada por investigaciones sólidas. Uno de los verdaderos pioneros en la investigación de la terapia fue Carl Rogers (1951). Su uso de grabaciones para estudiar el proceso de la terapia abrió ventanas a una actividad que desde hacía mucho estaba envuelta en el misterio. Rogers y Dymond (1954) informaron resultados de investigaciones controladas sobre el proceso de consejería.

Otro hito de la investigación de esta área fue la publicación de la obra *Social Learning and Clinical Psychology* de Julian Rotter en 1954. No sólo presentó una teoría del aprendizaje social, sino también una serie de estudios controlados que proporcionaron un fundamento empírico para la teoría. También se incluyó la investigación sobre las repercusiones de la teoría en la evaluación y la terapia. La obra proporcionó un fundamento sólido sobre el que podrían construir los teóricos del aprendizaje social subsiguientes.

La década de los cincuenta también atestiguó los comienzos explícitos de las formas de intervención de orientación más conductual. La investigación de Joseph Wolpe en Sudáfrica sobre el aprendizaje animal y humano lo convenció de que su trabajo era pertinente para los problemas emocionales humanos y lo condujo a la creación del método de *desensibilización sistemática* (Wolpe, 1958). Este método conductual no se basa en la perspicacia, considerada como necesaria por los psicoanalistas, ni en un potencial de crecimiento, considerado igualmente necesario por la escuela de terapia centrada en el cliente. Arnold Lazarus y Stanley Rachman fueron otros dos que ayudaron a facilitar este movimiento. Otra figura influyente en el movimiento de la investigación conductual fue Hans Eysenck, quien acuñó el término "terapia del comportamiento" y escribió un libro importante sobre el tema en 1960.

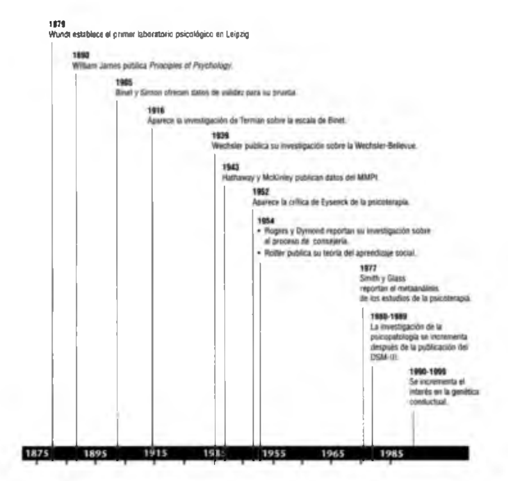
Como se señaló antes, a partir de los cincuenta se comenzó a cuestionar la efectividad de la psicoterapia. Sin embargo, en 1977 Mary Smith y Gene Glass publicaron una encuesta que apoyaba la eficacia de la terapia. Este trabajo sentó las bases para una serie de estudios que nos ha ayudado a comprender mejor la forma en que los métodos terapéuticos afectan a los pacientes. Como se expuso ya, el campo de la *investigación de la psicoterapia* continúa creciendo hasta la fecha.

Otras áreas de investigación que han crecido en forma impresionante son el diagnóstico y la clasificación, al igual que la aplicación de pruebas psicológicas y la medición. La publicación del DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) estimuló una explosión de investigación dirigida a la evaluación de la confiabilidad, validez y utilidad de criterios específicos enumerados para los trastornos mentales incluidos en este manual. Las revistas especializadas de psiquiatría y psicología publicaron numerosos estudios sobre los criterios del DSM-III para síndromes como la esquizofrenia, depresión mayor y trastorno de la personalidad antisocial. Además, más psicólogos clínicos comenzaron a realizar investigaciones dirigidas a la identificación de los factores *etiológicos* (causales) asociados con el desarrollo de diversos trastornos mentales. Los factores investigados iban desde predisposiciones genéticas hasta sucesos infantiles traumáticos como el abuso físico o sexual.

La investigación publicada sobre inventarios psicológicos, entrevistas y escalas de clasificación también se ha incrementado. Con la proliferación de instrumentos psicológicos disponibles tanto para investigadores como para clínicos, la confiabilidad y validez de estas medidas necesita evaluarse en forma empírica. Es sintomático del crecimiento de esta área de investigación la "división" de una importante revista de psicología clínica, *Journal of Consulting and Clinical Psychology (JCCP)*, en dos. Ahora, además de JCCP, tenemos la revista *Psychological Assessment*, el principal escaparate para la investigación sobre pruebas y medidas psicológicas usadas por los psicólogos clínicos. Ahora bien, es importante señalar que la investigación de los psicólogos clínicos se publica en muchas otras revistas de gran calidad además de estas dos. La siguiente lista indica algunas de las revistas en inglés que publican investigaciones importantes para este campo:

Journal of Consulting and Clinical Psychology
Psychological Assessment
Clinical Psychology: Science and Practice
Journal of Abnormal Psychology
Psychological Bulletin
Behavior Therapy
Psychological Science
American Journal of Psychiatry
Archives of General Psychiatry
Professional Psychology: Research and Practice
Clinical Psychology Review

LÍNEA DEL TIEMPO 2-3 : acontecimientos significativos en la investigación



Por último, los noventa fueron testigo de un incremento en el interés de los psicólogos clínicos en el campo de la genética conductual. La genética conductual es una especialidad de investigación en que se evalúan las influencias genéticas y ambientales en el desarrollo del comportamiento. Los genetistas conductuales han investigado estas influencias en una amplia gama de comportamientos y diferencias individuales, incluyendo la inteligencia, la personalidad y la psicopatología. Revisaremos este campo importante en capítulos posteriores.

Debido a que la investigación es una parte importante de toda la psicología clínica, expondremos los métodos de investigación, la investigación de temas particulares y el contexto histórico de la investigación en estas áreas a lo largo de este libro. Muchos de los momentos culminantes de la investigación se mencionan en la línea del tiempo 2-3, "Acontecimientos significativos en la investigación".

La profesión

Los comienzos (1850-1899)

Dos acontecimientos de gran significado en el desarrollo de la psicología clínica como profesión ocurrieron justo cuando terminaba el siglo XIX. El primero fue la fundación de la Asociación Psicológica Estadounidense (APA) en 1892, con G. Stanley Hall como primer presidente. Aunque los integrantes de la asociación todavía eran menos de 100 cuando terminó el siglo XIX, la profesión había comenzado en verdad.

El nacimiento de la psicología clínica no estaba muy lejos. En 1896, Lightner Witmer estableció la primera clínica psicológica en la Universidad de Pennsylvania. Muchos fecharían el comienzo real de la psicología clínica desde esa época (McReynolds, 1996).

La clínica de Witmer se dedicaba al tratamiento de niños que experimentaban problemas de aprendizaje o que eran perturbadores en el salón de clases. En el primer número de *The Psychological Clinic* en 1907, Witmer escribió:

> Niños de las escuelas públicas de Filadelfia y ciudades aledañas han sido traídos al laboratorio por sus padres o maestros; se han hecho notar debido a una incapacidad para progresar en el trabajo escolar con tanta rapidez como otros niños, o debido a defectos morales que se consideran difíciles de manejar con una disciplina ordinaria.
>
> Cuando son traídos a la clínica psicológica, se les aplican exámenes físicos y mentales; si el resultado de este examen muestra que la posibilidad es deseable, se envían a especialistas en ojos, oídos, nariz y garganta, y en enfermedades nerviosas, según lo requiera cada caso —aun cuando haya necesidad de enviarlos con varios o todos los especialistas. El resultado de este examen médico y psicológico conjunto es un diagnóstico de la condición mental y física del niño y la recomendación de un tratamiento médico y pedagógico apropiado. (Witmer, 1907, p. 1)

FIGURA 2-4 La fundación de la primera clínica psicológica por Lightner Witmer comenzó con el envío de un chico que mostraba un extraño problema de pronunciación. Terminó por estimular el establecimiento de una profesión que era diferente tanto de la educación como de la medicina
Brown Brothers



En muchas formas, la influencia de Witmer en el campo fue histórica más que sustantiva; es decir, encaminó a la profesión pero en realidad propuso pocas teorías o métodos nuevos. Él llamó al campo "psicología clínica", y fue el primero en enseñar un curso específico de psicología clínica. Además, en 1907 fundó la primera revista de psicología clínica, *The Psychological Clinic*, la cual editó y a la que contribuyó con artículos hasta que dejó de aparecer en 1935. Aunque la manera en que los psicólogos clínicos hacen las cosas en la actualidad puede no tener mucha influencia de Witmer, el hecho de que las estén haciendo se debe en no poca medida a sus esfuerzos y previsión (McReynolds, 1987, 1996). En el recuadro 2-1 se resume la contribución seminal de Witmer a este campo.

RECUADRO 2-1

Lightner Witmer: fundador de la psicología clínica

Lightner Witmer (1867–1958) es acreditado como el fundador de la rama de la psicología clínica. Sus contribuciones al área incluyen las siguientes:

- Estableció la primera clínica "psicológica" en 1896.
- En 1907 propuso una nueva profesión: la psicología clínica.
- Fue el fundador y editor de la primera revista especializada en la materia, *The Psychological Clinic*.
- Elaboró el primer programa de capacitación en psicología clínica (McReynolds, 1996).

Además, el trabajo de Witmer anticipó e influyó en los desarrollos futuros de la psicología clínica, incluyendo el interés en los problemas académicos de los niños, el uso de intervenciones clínicas activas para mejorar las vidas de los individuos y la colaboración con otros profesionales (como los médicos) a fin de proporcionar tratamiento (Routh, 1996).

El advenimiento de la Era moderna (1900-1919)

En la primera década del siglo xx, sólo un número muy pequeño de psicólogos podía encontrarse empleado fuera de las universidades. En 1906, Morton Prince comenzó a publicar *Journal of Abnormal Psychology*, y en 1907 Witmer empezó la publicación de *The Psychological Clinic* (Fig. 2.5). Con dos revistas propias, los psicólogos aplicados podían comenzar ahora a formar su identidad. Esta identidad fue reforzada cuando, en 1909, Healy estableció el Instituto Psicopático Juvenil en Chicago. La Clínica Psicológica de Iowa había abierto en 1908, el año en que Goddard comenzó a ofrecer internados psicológicos en la Escuela de Capacitación Vineland en Nueva Jersey. Con sus propias revistas, clínicas e internados, la profesión de la psicología clínica estaba empezando a tomar forma.

Para 1910 la APA tenía 222 miembros, cada uno de los cuales pagaba una cuota anual de un dólar. (En 1998, las cuotas eran de 215 dólares, ¡que no incluían una cuota adicional de 110 dólares por evaluación especial para psicólogos de atención a la salud con licencia!) Sin embargo, el interés de la APA estaba en la psicología como ciencia, no como profesión. Al mismo tiempo, las escuelas públicas de la época estaban comenzando a pedir a voces servicios de aplicación de pruebas, y las universidades empezaban a responder con cursos de aplicación de pruebas y estudios de aquellos que tenían limitaciones cognoscitivas. Por último, en 1919 se creó la primera Sección de Psicología Clínica dentro de la APA. Mientras, se establecía un número cada vez mayor de clínicas psicológicas (por ejemplo, la organización de Healy en 1917 de la Fundación Judge Baker en Boston). Sin embargo, la Primera Guerra Mundial y el crecimiento del movimiento de aplicación de pruebas grupales hicieron tanto como cualquiera para estimular el desarrollo de la nueva profesión.

Periodo entre guerras (1920-1939)

La APA había proclamado desde hacía mucho que su misión era promover la psicología como ciencia. No obstante, al finalizar los veinte muchos psicólogos con orientación clínica comenzaban a inquietarse y a buscar ganar mayor reconocimiento a sus funciones e intereses únicos por parte de la APA. En 1931, la Sección Clínica de la APA designó un comité de criterios de capacitación, y en 1935 definió a la psicología clínica como "ese arte y tecnología que se encarga de los problemas de ajuste de los seres humanos" (Reisman, 1976, p. 250). Resulta incierto saber si muchos psicólogos clínicos rechazarían esta definición en la actualidad.

FIGURA 2-5 Portada de la primera edición de *The Psychological Clinic*

Vol. I, No. 1 March 15, 1907

THE PSYCHOLOGICAL CLINIC

A Journal for the Study and Treatment of Mental Retardation and Deviation

Editor:
LIGHTNER WITMER, Ph D
University of Pennsylvania.

Associate Editor:
HERBERT STOTESBURY, Ph.D.,
The Temple College,
Philadelphia.

Associate Editor:
JOSEPH COLLINS, M.D.,
Post Graduate Medical College,
New York.

CONTENTS

THE PSYCHOLOGICAL CLINIC PRESS
WEST PHILADELPHIA STATION, PHILADELPHIA, PA

En 1936, Louttit publicó el primer texto de psicología clínica, y en 1937 se fundó la revista *Journal of Consulting Psychology*, la cual se sigue publicando hasta la fecha con el nombre de *Journal of Consulting and Clinical Psychology (JCCP)* y es el principal escaparate para la investigación de muchos psicólogos clínicos. Tales acontecimientos señalaron un crecimiento real de la psicología clínica como profesión. Otra tendencia también certificó el desarrollo de este campo: las pruebas psicológicas estaban empezando a convertirse en sujetos de financiamiento. En 1921, James McKeen Cattell fundó la Corporación Psicológica (Psychological Corporation) para la elaboración y comercialización de pruebas psicológicas (en particular las que eran de interés para la industria). Los ingresos se utilizarían para estimular la investigación psicológica. De esta manera, el dinero comenzó a invadir la torre de marfil; por ejemplo, una donación de 75 000 dólares permitió a Morton Prince establecer la Clínica Psicológica de Harvard, en 1927. Sin embargo, los psicólogos clínicos de aquel entonces eran muy diferentes a los de la actualidad respecto a sus actividades y capacitación.

De la Segunda Guerra Mundial en adelante (1940-1969)

El proceso de absorber grandes cantidades de hombres para el ejército de Estados Unidos en los inicios de los cuarenta creó muchas necesidades. Una de ellas fue la de programas de selección a gran escala para eliminar a los que no eran aptos para el servicio militar. Los psicólogos ya habían comenzado a desarrollar los principios de una tecnología de aplicación de pruebas que ayudaría en esta tarea y también tenían experiencia en métodos de investigación. Estas habilidades los separaron de sus colegas los psiquiatras. Tanto la tecnología como su orientación hacia la investigación les ayudaron a establecer una identidad profesional. Más de 1 700 psicólogos prestaron sus servicios durante la Segunda Guerra Mundial y volvieron a la vida civil con mayor confianza en sus capacidades y con la determinación de formar una profesión.

Todo esto resultó de gran importancia, pues afectó la respuesta del gobierno federal hacia los problemas de salud mental que enfrentó Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial. Sobre la Administración de Veteranos (Veterans Administration: VA) recayó la enorme carga de proveer cuidados y rehabilitación a los miles y miles de hombres y mujeres que habían sufrido alguna forma de trauma emocional durante su servicio militar. Sin un marcado incremento en el número de profesionales en salud mental, no había manera de que la VA pudiera cumplir su misión y vérselas con la ola creciente de pacientes que atestaban sus clínicas y hospitales. La solución de la VA consistió en aumentar la disponibilidad de profesionales en salud mental mediante el apoyo financiero para su preparación.

Por lo que toca a la psicología clínica, la VA proveyó servicios de internado atractivos desde el punto de vista financiero para los estudiantes avanzados en programas universitarios de doctorado aprobados. Aunque no se requería que permanecieran en la VA después de concluir su capacitación, muchos de ellos así lo eligieron. A través de sus programas, la VA desempeñó una función importante en la actualización y la construcción de la psicología clínica como profesión. Su buena voluntad para contratar psicólogos clínicos con salarios más altos de los que por lo general podían obtenerse en cualquier otro lugar elevó la escala de pago completa de la profesión. Su necesidad de encargarse de los problemas psicológicos de los adultos dio como resultado un cambio importante en los servicios de los psicólogos clínicos, que pasaron de los niños a los adultos. Al mismo tiempo, la VA llegó a tener la expectativa de que los psicólogos clínicos condujeran psicoterapias individuales y de grupo, además de sus acostumbradas actividades de psicodiagnóstico. Los psicólogos clínicos también siguieron trabajando en equipos de salud mental gracias a su conocida capacidad de especialistas en investigación. Cuando en 1946 la VA dio inicio a su programa de capacitación de psicólogos clínicos, la capacitación clínica se había asegurado un financiamiento firme. Hacia 1949, 42 escuelas ofrecían el doctorado en psicología clínica y una gran cantidad de estudiantes de alta calidad presentaban exámenes de calificación para ser aceptados: la profesión había ganado notoriedad pública.

La VA no fue la única dependencia federal que promovió el ascenso de la psicología clínica. Las consecuencias desastrosas de la guerra y el incremento general en la actividad gubernamental también llevaron a un intento por mejorar algunos de los problemas de salud mental de toda la nación. El Servicio de Salud Pública de Estados Unidos y el Instituto Nacional de Salud Mental comenzaron a apo-

yar a los estudiantes avanzados de psicología clínica para que trabajaran con miras a obtener un doctorado y patrocinaron programas de investigación y capacitación diseñados para proporcionar respuestas a los problemas de salud mental de la nación.

Una prueba posterior del crecimiento de la profesión fue la publicación del primer número de la revista *American Psychologist,* en 1946. En 1945, Connecticut se convirtió en el primer estado de la Unión Americana que aprobó una ley de certificación para los psicólogos. Durante el año siguiente se estableció el Consejo Estadounidense de Examinadores en Psicología Profesional (American Board of Examiners in Professional Psychology; ABEPP) para certificar la competencia profesional de los psicólogos clínicos con grado de doctorado. En 1949 se inició el Servicio de Exámenes Educativos (Educational Testing Service). La APA estaba haciendo valer el hecho de que la psicoterapia era una función integral de los psicólogos clínicos, a pesar de la oposición de parte de la profesión psiquiátrica. La APA también estaba asumiendo una función más activista. Estaba comenzando a hacer recomendaciones para la capacitación de los psicólogos clínicos, así como para certificar programas de capacitación clínica. En 1953 publicó *Ethical Standards*, un logro decisivo en la codificación del comportamiento ético para los psicólogos y un gran paso adelante en la protección del público. A comienzos de los cincuenta, la APA podía afirmar que contaba con más de 1 000 miembros en su División Clínica. Sólo unos cuantos años después de la Segunda Guerra Mundial, la profesión había hecho enormes progresos.

En 1949 tuvo lugar una conferencia acerca de educación avanzada en psicología clínica, en Boulder, Colorado. La Conferencia de Boulder resultó un acontecimiento en verdad significativo para la psicología clínica porque explicó el modelo del profesional científico para capacitar a psicólogos clínicos, el cual ha servido desde entonces como *la* pauta principal para la capacitación. En términos breves, este modelo afirma que 1) los psicólogos clínicos buscarán capacitarse en los departamentos de las universidades; 2) serán capacitados primero como psicólogos y después como clínicos; 3) se requerirá que presten servicio en internados clínicos; 4) deberán ser competentes en diagnóstico, psicoterapia e investigación, y 5) la culminación de la capacitación será la obtención del grado de doctorado, lo cual significa una contribución de investigación original para el ramo. En general, éste sigue fungiendo como el modelo de capacitación, aunque el modelo del profesional científico siempre ha tenido sus críticos.

Los cincuenta atestiguaron un marcado crecimiento en la profesión psicológica. Los miembros de la APA se incrementaron de 7 250 en 1950 a 16 644 en 1959: un incremento fenomenal. Casi en el mismo periodo, las donaciones y contratos de investigación federal para la investigación psicológica aumentaron de 11 millones a más de 31 millones de dólares.

Crecimiento de una profesión (de 1970 al presente)

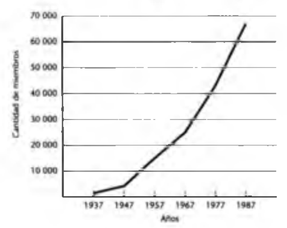
En las áreas de evaluación, intervención e investigación, la psicología clínica se ha vuelto cada vez más conductual desde mediados de los sesenta. El principal objeto de estudio se ha desplazado de la búsqueda de los rasgos o factores internos que conducen a la gente a una condición psicopatológica al análisis de los factores situacionales que controlan su comportamiento. A finales de los sesenta, el camino para modificar comportamientos indeseables comenzó a desviarse marcadamente de la psicoterapia (y de la perspicacia que pretendía producir) a las contingencias de condicionamiento y de reforzamiento alteradas. Las revistas de investigación se llenaron de artículos que describían nuevos métodos objetivos de evaluación del comportamiento y enfoques conductuales originales para el tratamiento de todo: desde alcoholismo, disfunciones sexuales y falta de asertividad hasta la obesidad, el tabaquismo y la soledad. La clave de todo no se encontraba en los pensamientos de los pacientes, sino en su comportamiento.

Desde luego, hubo quienes empezaron a sospechar que todo esto era una reacción exagerada. ¿Acaso los rasgos eran ficciones carentes de utilidad? ¿Los análisis y métodos conductuales podrían abordar y curar todo? Muchos pensaron que no, y hacia mediados de los setenta, la cognición había vuelto a escena. La gente empezó a hablar de "métodos conductuales cognoscitivos" (Goldfried y Davison, 1976). En la actualidad, la orientación cognoscitiva conductual para el tratamiento se cuenta entre las más comunes.

Al mismo tiempo, el campo de la psicología comunitaria, el cual había sido planteado en los sesenta al parecer para revolucionar la psicología

FIGURA 2-6 Miembros de la APA de 1937 a 1987

Adaptado de "Report of the Executive Vice-president: 1987", de L. D. Goodstein, American Psychologist, 1988, 43, pp. 491-498. Derechos reservados 1988, por la American Psychological Association. Reimpreso con autorización.



clínica, comenzó a fallar. Para muchos, no cumplió su promesa. Entonces, en los ochenta y con el desarrollo del ramo de la psicología de la salud, resurgió el enfoque preventivo. Todos estos conceptos, métodos y tendencias de los pasados 20 años constituyen las principales fuerzas propulsoras de este libro y se abordan con detalle en los capítulos siguientes.

Las décadas de los setenta y ochenta atestiguaron un crecimiento aún mayor en la profesión. En 1970, había 81 programas aprobados de capacitación avanzada en psicología clínica y más de 12 000 clínicas. Tan sólo por lo que toca a la APA, en 1892 tenía 42 miembros; para 1987 contaba casi con 67 000. Este crecimiento fenomenal se muestra en la figura 2-6. Para 1997, los miembros habían aumentado a más de 83 000, y ese año el presupuesto de operación fue de unos 64 millones de dólares. Asimismo, la División de Psicología Clínica era la unidad individual más grande en la APA. Los 50 estados de la Unión Americana, el Distrito de Columbia, Puerto Rico y varias provincias canadienses habían graduado o certificado psicólogos. En la actualidad, muchos psicólogos clínicos cuentan con privilegios en hospitales y a la mayoría les reembolsaban sus servicios las compañías aseguradoras y de atención subsidiada de la salud. En los años recientes también ha habido un incremento en la cantidad de programas de posgrado de psicología clínica. Al día de hoy se imparten cerca de 200 programas de capacitación de doctorado en psicología clínica que cuentan con la aprobación total de la APA.

El cisma de 1988

Al interior de la APA siempre ha habido conflictos, en ocasiones ásperos, entre los psicólogos clínicos y sus contrapartes científicos. Con frecuencia, estos conflictos pusieron al profesionista científico justo en medio. En 1988, el ala académica científica de la APA parecía haber llegado a la conclusión de que la APA estaba bajo el control de los profesionales, quienes estaban utilizando su poder para promover sus propios intereses. Los intereses científicos —dijeron— estaban siendo sustituidos por metas que, en esencia, eran estilo gremial. La APA parecía estar preocupada con asuntos profesionales como la expedición de recetas, los privilegios en hospitales, cuestiones de reembolso, otorgamiento de licencias, acciones legales en contra de la psiquiatría y cosas por el estilo. En resumen, muchos habían llegado a sentir que la APA ya no era sensible a las necesidades académicas y científicas de una cantidad significativa de sus miembros. De hecho, la presidenta anterior de la APA, Janet Spence, la acusó de que el 90% de las reuniones del Consejo se habían realizado por los intereses profesionales de los psicólogos clínicos con práctica privada.

LÍNEA DEL TIEMPO 2-4: acontecimientos significativos en la profesión de la psicología clínica



Las cosas parecieron llegar a un punto crítico cuando, en 1988, fracasó un plan para reorganizar la APA y contribuir a resolver el creciente cisma entre el ala clínica y la académica-científica por una votación de 2 a 1 de los miembros. La respuesta de los que estaban a disgusto con la APA fue la formación de una organización separada. La *Sociedad Psicológica Estadounidense* (American Psychological Society; APS) se fundó en 1988, encabezada por 22 ex presidentes de la APA, que se convirtieron en miembros fundadores. La primera junta consultiva de la APS parecía un "quién es quién" de los científicos. La primera convención de la APS tuvo lugar en junio de 1988 y, según el decir de la mayoría, resultó un éxito resonante. Para entonces, esta organización tenía ya un boletín interno, *The Observer*, una revista mensual, *Employment Bulletin*, y dos revistas científicas, *Psychological Science* y *Current Directions in Psychological Science*. En la ac-

tualidad, el total de miembros de la APS excede de los 16 000. Más o menos 13% de los miembros de la APS se define como psicólogos clínicos, consejeros o escolares. Los objetivos declarados de esta nueva organización son los siguientes:

- Avanzar en la disciplina de la psicología
- Preservar la base científica de la psicología
- Promover el entendimiento público de la ciencia psicológica y de sus aplicaciones
- Elevar la calidad de la educación
- Estimular "la divulgación" de la psicología para el interés público

A ambos lados de la separación entre la APA y la APS, muchos sienten que se trató de un rompimiento trágico. Creen que fue un hecho desafortunado para ambas partes, que lo que el ramo necesita es mayor integración de la ciencia de la psicología con su práctica. Por desgracia, la división puede generar una integración aún menor que la que existe en la actualidad. Muchos creen que la separación sólo precipitará el momento en que la APA se convierta abiertamente en una asociación gremial. Desde luego, muchos del grupo académico-científico y muchos más que son profesionistas científicos tradicionales pertenecen tanto a la APA como a la APS. Muchos psicólogos científicos se han regocijado por el rápido crecimiento de la APS. En cualquier caso, esperemos que ambas sociedades recuerden sus obligaciones más grandes hacia el bien público.

Algunos de los puntos relevantes de estos desarrollos profesionales se resumen en la línea del tiempo "Acontecimientos significativos en la profesión de la psicología clínica", de la página 53.

En la actualidad, un sinnúmero de problemas profesionales constituye un reto para el campo de la psicología clínica. En el capítulo 3 expondremos varios en detalle. De manera breve, incluyen la pregunta acerca del modelo óptimo de capacitación para los psicólogos clínicos contemporáneos, el impacto que ha tenido la revolución de la atención de la salud y los servicios de salud subsidiados en los psicólogos clínicos y la presión actual para que la psicología clínica obtenga los privilegios para expedir recetas. La manera en que se resuelvan estos problemas afectará en gran medida al campo de la psicología clínica en los años por venir.

Resumen del capítulo

La psicología clínica ha cambiado y con certeza cambiará aún más. Witmer apenas la reconocería. G. Stanley Hall, el primer presidente de la APA, sin duda se sorprendería de lo que están haciendo la APA y la APS. No obstante, aunque tanto la capacitación como la práctica están en continuo movimiento, ciertas constantes permanecen. Los psicólogos clínicos todavía están comprometidos con la evaluación y el tratamiento, aún tienen contribuciones que hacer a la investigación y todavía están preocupados por su desarrollo profesional. La meta que los mantiene unidos aún es la misma: aplicar sus conocimientos y habilidades a las necesidades de salud mental de la gente en todo lugar.

Términos clave

American Psychological Society (APS) Organización psicológica profesional formada en 1988 cuando un contingente académico-científico se separó de la APA. Los objetivos de la APS incluyen avanzar en la disciplina de la psicología, preservar su base científica y promover el entendimiento público del ramo y de sus aplicaciones.

clínicas de orientación Clínicas dedicadas a la evaluación y tratamiento de las dificultades conductuales e intelectuales de los niños.

conductismo radical Movimiento en la psicología que comenzó a finales de los cincuenta y persistió durante el decenio siguiente. Sus defensores afirmaban que sólo los comportamientos observables se pueden medir e incluso cuestionaron la existencia de los rasgos de personalidad.

desensibilización sistemática Técnica conductual para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, mediante la cual los pacientes practican la relajación mientras visualizan situaciones de intensidad creciente que les provocan ansiedad.

eclécticos Psicólogos clínicos que emplean técnicas de más de una orientación teórica. La orientación que ha de utilizarse en un caso dado se determina por la naturaleza del problema que se presente.

entrevistas estructuradas de diagnóstico Una clase de herramientas de evaluación, todas las cuales consisten en preguntas clave según los criterios de diagnóstico. El término *estructurada* significa que los entrevistadores formulan a todos los entrevistados las mismas preguntas en el mismo orden y registran las respuestas de manera uniforme.

etiológico Causal. Por ejemplo, se cree que un factor etiológico de la depresión contribuye a su inicio.

evaluación conductual enfoque para entender y cambiar el comportamiento mediante la identificación del contexto en que ocurre (las situaciones o los estímulos que lo preceden o siguen).

evaluación neuropsicológica Enfoque de la evaluación basado en relaciones entre el cerebro y el comportamiento establecidas de manera empírica, que valora las fortalezas y debilidades relativas de una per-

sona en diversas áreas (por ejemplo, memoria, velocidad de procesamiento y destreza manual).

formas "manualizadas" de tratamiento Tratamiento que se presenta y describe en un formato manual (es decir, esbozando los fundamentos, objetivos y técnicas que corresponden a cada fase del tratamiento).

g Término introducido por Charles Spearman para describir su concepto de un factor general de inteligencia.

investigación de la psicoterapia Investigación que evalúa la eficacia de la terapia o de ciertos componentes de la misma. Sirve para determinar qué intervención es más eficaz para tratar cierta condición o qué componente de una terapia en particular es más importante para provocar un cambio observado.

medición de la inteligencia Utilización de pruebas para medir varias capacidades mentales (por ejemplo, la velocidad de los procesos mentales, la capacidad para aprender después de ensayar).

medidas objetivas Pruebas psicológicas que sacan conclusiones acerca de los estados o rasgos de la gente con base en sus respuestas a estímulos que no son ambiguos, como escalas de estimación o reactivos de cuestionarios. Las respuestas a medidas objetivas con frecuencia se interpretan utilizando un enfoque nomotético.

modelo del profesional científico Modelo principal para la capacitación en psicología clínica de los pasados 50 años (también llamado modelo Boulder). Este modelo pugna por producir profesionales que puedan integrarse con eficacia a las funciones del científico y del profesionista.

pruebas de personalidad Utilización de medidas o técnicas que permiten discernir las características o rasgos perdurables.

pruebas mentales Término acuñado por James McKeen Cattell para describir sus mediciones de las diferencias individuales en el tiempo de reacción. Él creía que el rendimiento en estas pruebas se relacionaba con la inteligencia.

psicoanálisis Estructura para entender y tratar la enfermedad mental basada en el trabajo de colaboración de Breuer y Freud a finales del siglo XIX.

psicodiagnóstico Utilización e interpretación de los resultados de las pruebas psicológicas con el propósito de diagnosticar y planificar el tratamiento.

psicología comunitaria Especialidad psicológica que se centra en la prevención y el tratamiento de los problemas de salud mental, en particular entre la población que de manera tradicional está mal atendida.

psicología de la salud Especialidad psicológica que se centra en la prevención de la enfermedad, la promoción y el mantenimiento de la buena salud, y el tratamiento psicológico de individuos a los que se han diagnosticado condiciones médicas.

técnicas proyectivas Técnicas de prueba psicológica, como la prueba Rorschach o la prueba de Percepción Temática, que utilizan las respuestas de la gente a los estímulos de prueba ambiguos para formular juicios acerca de sus rasgos de personalidad o de su estado psicológico.

terapia breve/una de tiempo efectivo En términos generales, se trata de una terapia que dura 15 sesiones o menos. Ha ganado popularidad en años recientes debido a las restricciones financieras impuestas por los servicios de salud subsidiados, así como por los estudios que han demostrado que su eficacia iguala a la de la psicoterapia tradicional.

terapia de juego Técnica derivada de los principios freudianos tradicionales, que utiliza el juego expresivo para ayudar a liberar la ansiedad o la hostilidad. Sus defensores creen que tal liberación tiene un efecto curativo.

terapia del comportamiento Estructura de aprendizaje para tratar trastornos que es muy popular, la cual se basa en los principios del condicionamiento. La terapia del comportamiento se centra, por lo general, en la conducta observable y, de manera típica, tiene una duración relativamente breve.

trastornos de la personalidad Patrones constantes e inadaptados de experiencia y comportamiento que surgen hacia la adolescencia o la juventud y persisten durante gran parte de la edad adulta. Entre los ejemplos se incluyen los trastornos de la personalidad paranoide, antisocial y dependiente.

Sitios web de interés

2-1 Asociación Psicológica Estadounidense (American Psychological Association)

www.apa.org

2-2 Sociedad Psicológica Estadounidense (American Psychological Society)

www.psychologicalscience.org

2-3 Sociedad para una Ciencia de la Psicología Clínica (Society for a Science of Clinical Psychology)

www.sscp.psych.ndsu.nodak.edu

2-4 Clásicos en la historia de la psicología

www.yorku.ca/dept/psych/classics

2-5 Calendario diario de sucesos en la historia de la psicología

www.cwu.edu/~warren/calendar/ datepick.html

2-6 Sociedad de Psicología Clínica (Society of Clinical Psychology; División 12 de la APA)

www.apa.org/divisions/div12/homepage.html

2-7 Sitios Web dedicados a personalidades en la historia de la psicología

www.yorku.ca/dept/psych/orgs/individ.htm

2-8 Mujeres en la psicología

www.Webster.edu/~woolflm/women.html

CAPÍTULO TRES

Problemas actuales en la psicología clínica

PREGUNTAS PRINCIPALES

1. ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de los diversos modelos de enseñanza para los psicólogos clínicos? ¿Por qué es importante un fundamento sólido en la ciencia psicológica para los futuros psicólogos clínicos?
2. ¿Qué obstáculos enfrentan los psicólogos clínicos especializados en la práctica privada?
3. ¿Cómo afectará la atención subsidiada la práctica de la psicología clínica? ¿Qué ventajas podrían tener los psicólogos clínicos en un medio de atención subsidiada?
4. ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de obtener los privilegios para expedir recetas? ¿Cómo podría afectar esta búsqueda la enseñanza avanzada?
5. ¿Qué problemas éticos y de diversidad importantes orientan la práctica de la psicología clínica?

RESEÑA DEL CAPÍTULO

En el capítulo 2 revisamos la historia y el desarrollo del campo de la psicología clínica al examinar los acontecimientos importantes en las áreas de diagnóstico y evaluación, intervenciones y psicoterapia, investigación y la profesión. Esa revisión nos ayudó a apreciar las raíces de la psicología clínica, así como a ubicar las actividades actuales en el contexto histórico adecuado.

En este capítulo se expone una variedad de problemas contemporáneos en la psicología clínica: ¿cuáles son los mejores modelos de enseñanza para un psicólogo clínico? ¿Cuál es la mejor manera de asegurar la competencia profesional? ¿Cuáles son los problemas que enfrentan en la actualidad los psicólogos clínicos en la práctica privada? ¿Cómo puede mantener la psicología clínica su independencia y viabilidad económica? ¿Cómo debería responder la psicología clínica a la diversidad creciente de la población a la que sirve? ¿Cómo afectará la revolución de la atención de la salud a los psicólogos clínicos? ¿Deberían éstos exigir y obtener los privilegios para expedir recetas? ¿Cuáles son las normas éticas contemporáneas para los psicólogos clínicos? Comenzaremos con el más discutible de estos asuntos: los modelos de enseñanza adecuados para los futuros psicólogos clínicos.

Modelos de enseñanza en la psicología clínica

El profesionista científico

El modelo de enseñanza. En el capítulo 2 expusimos de manera breve la conferencia llevada a cabo en Boulder, Colorado, en 1949, que se convirtió en un punto sobresaliente en la educación para graduados en psicología clínica. De esta conferencia surgió el modelo Boulder o modelo de enseñanza del profesionista-científico. Este modelo representa un intento para "casar" la ciencia con la práctica clínica y aún es el modelo de enseñanza más popular para los psicólogos clínicos.

Resulta útil recordar que la psicología clínica comenzó en las universidades como una rama de la psicología científica. Surgió dentro de la estructura de los colegios de artes y ciencias en los que la enseñanza, la investigación y otros esfuerzos académicos eran las actividades recompensadas. Las preocupaciones de los profesionistas se injertaron en este cuerpo, y el injerto no siempre resultó positivo. Los objetivos de los profesionistas no siempre eran los mismos que los de un decano o incluso que los de un colega.

Ante tal conflicto, algunos profesores de psicología clínica llevaron a cabo investigaciones y las publicaron. Pero sus críticos (con frecuencia estudiantes graduados o clínicos en el ramo) se quejaban de que gran parte de las investigaciones resultaban triviales, sin utilidad práctica, o meras distracciones cuyo único propósito era obtener remuneraciones financieras y títulos. Peor aún, a los profesores les parecía que sus investigaciones los distraían de la preparación de los estudiantes clínicos en las habilidades de la profesión. Algunos estudiantes se quejaron de que estaban aprendiendo demasiado acerca del análisis de varianza, teorías del condicionamiento o principios de psicología fisiológica, y muy poco sobre psicoterapia y pruebas de diagnóstico.

Éstos eran los tipos de acontecimientos y situaciones que condujeron a las demandas del cambio. El modelo Boulder miraba hacia una carrera conformada por profesionistas (practicantes) hábiles que podían producir su propia investigación y utilizar las investigaciones de otros. La meta era crear una profesión diferente de cualquier otra que hubiera existido en el pasado. El psicólogo clínico ejercería con destreza y sensibilidad, pero también contribuiría al cuerpo del conocimiento clínico mediante el entendimiento de cómo traducir la experiencia en hipótesis comprobables y cómo probar esas hipótesis. La visión de Boulder era una unión sistemática entre la habilidad clínica y el empirismo lógico de la ciencia. Separar al profesionista de la fuente de conocimiento es crear a alguien que consume información de manera pasiva o "compra" técnicas a un psicólogo mercachifle.

El *modelo del profesionista científico* es más un estado mental que un desglose cuantitativo de las actividades cotidianas. Nunca nadie intentó tener a todos los psicólogos clínicos dedicando 50% de su tiempo a la práctica clínica y el otro 50% a la investigación formal. Algunos serán investigadores ante todo, y otros serán, ante todo, clínicos. Aunque es cierto que los clínicos practicantes no incursionan mucho en el área de la investigación, ello puede deberse en gran medida a que sus establecimientos de trabajo no lo permiten, no a que ellos no deseen llevarla a cabo.

El modelo de profesionista científico se aplica tanto a los investigadores clínicos como a los clínicos practicantes. Lo anterior sólo puede producir investigación sólida y significativa si mantienen su sensibilidad clínica y sus habilidades agudizadas por la continua atención de pacientes. Así como los profesionistas científicos no deben renunciar a su enseñanza en investigación ni a sus intereses, los investigadores tampoco deben ignorar sus fundamentos clínicos.

El debate continúa. Una serie de conferencias sobre la enseñanza que culminó en Salt Lake City, Utah, en 1987, ha desgastado cualquier interpretación estricta del modelo del profesionista científico. Estas conferencias han reconocido rutas alternativas para la competencia profesional. De manera específica, han aceptado enfoques que restan énfasis a la experiencia de la investigación en favor de la enseñanza más directa y extensa de las habilidades clínicas.

El modelo Boulder ha sido duradero, pero el debate continúa. El ánimo del profesionalismo parece incrementarse cada año. Cada vez con mayor frecuencia, los psicólogos clínicos se dividen en dos grupos: los que se interesan ante todo por la práctica clínica y los que dan prioridad a la investigación. Aún más, muchos de los que practican se muestran indiferentes ante la investigación (Barlow, 1981). Quizá parte del problema surja de la falla de la puesta en práctica adecuada del modelo de profesionista científico. Por ejemplo, Drabman (1985) describe que los estudiantes llegan al lugar donde harán su servicio de internado sin un conocimiento adecuado de cómo administrar, calificar e interpretar las pruebas psicológicas. Estos estudiantes también en ocasiones muestran una sorprendente falta de experiencia con poblaciones clínicas. Aunque son versados en los pormenores de la investigación, tienen poca experiencia en la aplicación práctica de sus conocimientos. En un aspecto relacionado, Goldfried (1984) ha señalado que aunque la investigación de la eficacia de la psicoterapia en instalaciones clínicas *reales* es emocionante y necesaria, no siempre se enseña.

Muchos creen que el modelo de profesionista científico nos ha funcionado. Sin embargo, otros concluyen que es un modelo educativo pobre y que merece la ira de sus críticos. No obstante, la perspectiva de abandonarlo inquieta a muchos. Como lo dijo Meltzoff (1984):

> Enseñar a una nueva clase de psicólogos meramente aplicados, que estarán obligados a aceptar de buena fe lo que se les facilite sin que sean capaces de evaluarlo o mejorarlo, es la ruta certera a la mediocridad. La capacitación en investigación transmite una forma de pensar. Enseña cómo ser inquisitivo y escéptico, cómo pensar de manera lógica, cómo formular hipótesis y probarlas, cómo recopilar información y no opiniones, cómo analizar esa información y sacar conclusiones a partir de ella, y cómo hacer una presentación equilibrada de los hallazgos. Éstas son habilidades que ayudan... a los psicólogos profesionales a elevarse por encima del nivel técnico. (p. 209)

El grado de doctor en psicología (Psy. D.)

La controversia precedente fue la causa —al menos parcial— de que surgieran los grados de doctor en psicología (Psy. D.). Las características especiales de tales grados subrayan el desarrollo de las habilidades clínicas y manifiestan una relativa falta de interés en la competencia en la investigación. No se requiere una tesis de maestría y la disertación suele ser un informe acerca de una materia profesional en vez de una contribución de investigación original.

El primero de estos programas fue elaborado por la Universidad de Illinois en 1968 (D. R. Peterson, 1971), aunque esa escuela cerró posteriormente su programa. De manera subsiguiente, se elaboraron programas similares en Rutgers, Baylor y en todos lados. Tal como imaginó Peterson (1968), los programas de doctorado en psicología no difieren de manera considerable de los programas de doctorado en filosofía (Ph. D.) durante los dos primeros años de enseñanza. La divergencia real comienza en el tercer año. En ese punto, la creciente experiencia en la práctica terapéutica y la evaluación se convierten en la norma. En el cuarto año continúa el énfasis clínico con una serie de deberes de servicio de internado. En los años recientes, los programas de doctorado en psicología se han orientado hacia cursos formales breves en el primer año y expanden la experiencia clínica al requerir puntos como una práctica durante los cinco años. McConnell (1984) ha proporcionado una buena descripción e historia de los programas de doctorado en psicología. En 1993, 544 de los 2 200 doctorados con-

cedidos en psicología clínica (24.5%) fueron grados de doctor en psicología (ODEER, 1993). En 1998 había 36 programas de doctorado acreditados en psicología clínica que ofrecían dicho grado.

Los programas de doctor en psicología han ganado una posición cada vez más firme en la profesión. Snepp y Peterson (1988) aún sostienen que los estudiantes de doctorado en psicología y de doctorado en filosofía no se distinguen en esencia cuando se preparan para sus servicios de internado. Investigaciones de Peterson, Eaton, Levine y Snepp (1982) trazan un retrato de los doctores en psicología practicante, quienes están satisfechos con sus carreras y aún más satisfechos con su enseñanza de posgrado de lo que están los clínicos capacitados en programas tradicionales. Encuentran pocos problemas al tramitar su cédula e informan que el grado de doctor en psicología representa una ventaja cuando compiten por puestos clínicos. No obstante, les resulta difícil hallar empleos académicos. Además, cuando los recursos y los incentivos del lugar de trabajo lo permiten, los graduados en el doctorado en filosofía se vinculan a actividades docentes con mayor frecuencia que los graduados en el doctorado en psicología (Barrom, Shadish y Montgomery, 1988). Una encuesta realizada entre los graduados de uno de los primeros programas de doctorado en psicología que se establecieron, en la Universidad de Baylor (Hershey, Kopplin y Cornell, 1991), descubrió que la mayoría de los graduados de este programa (82%) se identificaban como profesionistas, mientras que pocos se identificaron como educadores o investigadores. Quienes respondieron estaban muy satisfechos con su educación avanzada y su elección de carrera.

Escuelas profesionales

Aunque el modelo del doctor en psicología representa un rompimiento claro con la tradición, una innovación todavía más radical es el desarrollo de las escuelas profesionales. Muchas de ellas no están afiliadas a las universidades: son autónomas y cuentan con su propia estructura financiera y organización. Con frecuencia llamadas escuelas profesionales "libres", la mayoría imparte el grado de doctor en psicología (Peterson, Peterson, Abrams y Stricker, 1997). La mayor parte de las escuelas destacan las funciones clínicas y, por lo general, cuentan con poca o ninguna orientación de investigación en el sentido tradicional. Los cuerpos docentes son sobre todo de orientación clínica y, en consecuencia, se dice que proporcionan mejores modelos a los estudiantes. La primera de estas instituciones fue la Escuela de Psicología Profesional de California (Dorken, 1975). La fundó la Asociación Psicológica Estatal de California (California State Psychological Association) y ofrecía varios grados en salud mental (Dorken y Cummings, 1977).

En 1987 había 45 escuelas profesionales en operación que otorgaban varios cientos de los 3 000 doctorados clínicos anuales (Strickland, 1988). Hacia 1993, ¡casi la mitad (1 107 de 2 220, o 49.9%) de los doctorados en psicología clínica fueron otorgados por escuelas profesionales! Resulta claro que la proporción de doctorados en psicología clínica otorgados por escuelas profesionales se ha incrementado de manera importante. Estos programas tienden a admitir muchos más estudiantes que los programas profesionales científicos tradicionales con sede en las universidades. Para citar un ejemplo, seis estudiantes fueron admitidos en uno de los programas clínicos del autor en 1997-1998, ¡mientras que una escuela profesional en el mismo estado admitió cerca de 100 alumnos! A menos de 1% de los estudiantes de esta escuela profesional se le ofreció becas o la suspensión del pago de sus cuotas (Sayette y cols., 1998).

Aún no se puede saber si estas escuelas sobrevivirán al final. Uno de sus más grandes problemas es la estabilidad del financiamiento. Muchas de esas instituciones dependen del pago de colegiaturas como su principal fuente de ingresos, lo cual no genera dinero suficiente para tornarlas financieramente seguras. Con frecuencia dependen en gran medida de plantas docentes de tiempo parcial, cuyo principal empleo está en cualquier otro lugar: unos cimientos tambaleantes para una estructura académica. Una de las consecuencias de esto es que a veces se dificulta a los estudiantes tener el contacto frecuente y sostenido con sus profesores que es vital para una experiencia educativa satisfactoria. Aunque algunas escuelas profesionales están acreditadas por la APA, constituyen la excepción, más que la norma. Éste es uno de los principales obstáculos que tendrán que superar si desean que sus graduados encuentren aceptación profesional en todos lados. Recientes conferencias sobre la enseñanza parecen sugerir que tanto los programas de doctorado en psicología como en filosofía han encontrado nichos seguros y han llegado para quedarse.

No obstante, siguen recomendando que todos los programas de doctorado se impartan en universidades regionales acreditadas o en escuelas afiliadas a éstas (Belar y Perry, 1992; Fox y Barclay, 1989).

Modelo científico clínico

Durante la década pasada, los psicólogos clínicos con orientación empírica se han ido preocupando cada vez más de que la psicología clínica —según se practica en la actualidad— no esté bien fundamentada en la ciencia. De acuerdo con esta perspectiva, muchos de los métodos que emplean los profesionistas en sus tratamientos no han demostrado ser eficaces en estudios clínicos controlados. En algunos casos no se han completado los estudios empíricos de estas técnicas; en otros, la investigación que se ha concluido no avala la utilización continua de la técnica. De manera similar, se ha puesto en duda el empleo de las técnicas de evaluación que no han demostrado ser confiables y válidas, ni conducen a un resultado de tratamiento positivo.

El "llamado a la acción" para los científicos clínicos llegó en 1991, en el "Manifesto for a Science of Clinical Psychology" (McFall, 1991). En este documento, McFall sostiene:

1. "La psicología clínica científica es la única forma de psicología clínica legítima y aceptable" (p. 76).
2. "No se deben administrar al público servicios psicológicos (excepto con un estricto control experimental) mientras no hayan cumplido estos cuatro criterios mínimos:
   a. La naturaleza exacta del servicio debe describirse con claridad.
   b. Los beneficios que se esperan del servicio deben formularse de manera explícita.
   c. Estos beneficios declarados deben ser validados de manera científica.
   d. Los probables efectos colaterales negativos que pesen más que cualquier beneficio deben desecharse de manera empírica" (p. 80).
3. "Los objetivos principales y dominantes de los programas de enseñanza de doctorado en psicología clínica deben encaminarse a producir los científicos clínicos más competentes que sea posible" (p. 84).

Los psicólogos clínicos que compartían esta opinión fueron urgidos a ayudar en la construcción de la psicología clínica como *ciencia*, integrando los principios científicos a sus trabajos clínicos, diferenciando entre las técnicas válidas desde el punto de vista científico y las seudocientíficas, y concentrando la enseñanza avanzada en métodos que produjeran *científicos clínicos* —es decir, individuos que "pensaran y funcionaran como científicos en todos los aspectos y escenarios de su vida profesional" (McFall, 1991, p. 85).

Este documento ha demostrado ser muy provocativo. Una consecuencia de este modelo de enseñanza es la *Academia de la Ciencia Clínica Psicológica* (Academy of Psychological Clinical Science), de reciente formación. La academia consiste en programas avanzados cuyo compromiso es la enseñanza de métodos empíricos de investigación y la integración de esta enseñanza con la preparación clínica. La academia está afiliada a la Sociedad Psicológica Estadounidense (American Psychological Society; APS). Hacia 1999 contaba con 43 programas. Los objetivos principales de la academia son:

1. Fomentar la capacitación de estudiantes en las carreras de investigación en ciencia clínica, quienes hábilmente producirán y aplicarán conocimientos científicos.
2. Recorrer todo el espectro de investigación y teoría en ciencia clínica y avanzar en su integración a otras ciencias importantes.
3. Promover el desarrollo y acceso a los recursos y oportunidades de capacitación, investigación, financiamiento y carreras en ciencia clínica.
4. Fomentar mayor aplicación de la ciencia clínica a problemas humanos en formas responsables e innovadoras.
5. Promover la divulgación oportuna de la ciencia clínica entre los grupos que se encargan de la política, los psicólogos y otros científicos, profesionales y consumidores (vea el sitio web 3-4.)

En esencia, se ha desarrollado una red de programas avanzados que se apegan al modelo de la ciencia clínica. Estos programas comparten ideas, recursos y novedades de enseñanza. Además, colaboran en proyectos dirigidos a incrementar la concesión de financiamiento de parte de dependencias gubernamentales, a abordar los requisitos para la obtención de licencias estatales para la práctica de la psicología y a incrementar la visibilidad de los programas de ciencia clínica a nivel de pregrado en las universidades.

El éxito definitivo y la influencia de este nuevo modelo de enseñanza aún están por verse.

PERFIL 3-1

Richard M. McFall, Ph. D.



El doctor McFall es profesor de Psicología en la Universidad de Indiana. Es experto en el área de competencia interpersonal y su trabajo de investigación ampliamente citado ha sido publicado en numerosas revistas y libros que leen los psicólogos clínicos. Junto a sus búsquedas de investigación, ha impartido clases y capacitado a muchos psicólogos clínicos a través de sus funciones como miembro del cuerpo docente y como director de Enseñanza Clínica. Por último, al doctor McFall se le reconoce la influencia que ha tenido en el establecimiento del modelo de enseñanza científico clínico. Fue presidente de la Academia de la Ciencia Clínica Psicológica (Academy of Psychological Clinical Science) de 1995 a 1998.

El doctor McFall fue muy amable al responder las siguientes preguntas que le formulamos:

¿Qué fue lo que en un principio atrajo su interés al campo de la psicología clínica?

Como estudiante de la Universidad de DePauw, estuve en la especialidad de arte hasta mi penúltimo año, cuando se me ocurrió preguntar a mi profesor de arte qué podría hacer con mi título en arte. Entre otras cosas, sugirió que podría llegar a ser un ejecutivo de cuenta en publicidad. Me sugirió tomar un curso de psicología para aprender qué motiva a la gente a comprar cosas. Así que acudí al Departamento de Psicología. Por supuesto que tomé los cursos obligatorios previos (introducción a la psicología, estadística, psicología experimental y otros por el estilo) antes de poder tomar "el bueno" y, antes de que me diera cuenta, tenía una especialidad en psicología. Al principio de mi último año, aún pensando en incursionar en la publicidad, tomé un curso de psicología clínica impartido por John Exner (el experto en Rorschach, conocido en todo el mundo), dedicado principalmente a las pruebas proyectivas. Exner me animó a cursar un posgrado en psicología clínica y me dio una lista de programas avanzados probables, todos de orientación psicodinámica. En cuanto empecé a llenar solicitudes, el padre de mi compañero de cuarto, quien resultó ser psicólogo, visitó el campus. Me sugirió solicitar mi ingreso a la Universidad Estatal de Ohio (donde él se graduó). Y lo hice más o menos como una "medida de respaldo". La Universidad Estatal de Ohio (OSU, por sus siglas en inglés) me aceptó y me ofreció una generosa beca, mayor que la de cualquier otro programa. Al ser independiente en el aspecto financiero y sintiéndome en deuda, acepté la oferta de la OSU. Como haya sido, a la sazón el programa clínico de la OSU era uno de los mejores del país: tenía una fuerte inclinación científica. Pronto vi que había entrado al posgrado por razones ilusorias; no obstante, la orientación hacia la investigación del programa de la OSU resultaba irresistible y pronto desarrollé el interés en la psicología clínica como ciencia.

Describa las actividades en que participa como psicólogo clínico.

Primero, y ante todo, soy maestro. Durante la mayor parte de mi carrera he impartido Introducción a la psicología clínica a estudiantes universitarios avanzados, y Psicología clínica a estudiantes del primer año de posgrado. Mi objetivo en ambas clases es enseñar a los estudiantes a pensar con escepticismo y de manera crítica acerca de los problemas que constituyen el núcleo principal en la psicología clínica. También imparto una práctica clínica para estudiantes avanzados del doctorado, en la cual revisamos la evidencia de investigación empírica sobre la eficacia de diferentes métodos de tratar a las personas con trastornos obsesivo-compulsivos; aplicamos lo mejor de los métodos disponibles a los clientes con trastornos obsesivo-compulsivos en nuestra clínica y evaluamos los resultados de nuestras intervenciones.

(continúa)

Perfil 3-1 *(continuación)*

También soy un investigador activo. El tema común de mi investigación es la competencia interpersonal: cómo definirla y medirla, cómo predecirla y promoverla, y los factores que conducen a la incompetencia. Se puede ver a la competencia y a la psicopatología como las dos caras de la misma moneda. La psicopatología puede verse como una falta de competencia en una o más áreas críticas del funcionamiento. Entonces, para entender la etiología de la psicopatología, los psicólogos clínicos podrían interesarse en la naturaleza y los orígenes de la competencia. Mi investigación se inspira en gran medida en el conocimiento y los métodos de la psicología en general, en especial, la ciencia cognoscitiva y la neurociencia. Esto significa que debo ser un estudiante activo de la disciplina. Otra faceta de mi vida profesional es mi participación en funciones administrativas y de servicio. He sido director del programa de enseñanza clínica en la Universidad de Indiana, he formado parte del consejo de directores del centro de salud mental comunitaria local, he trabajado en consejos editoriales de revistas y me he mantenido activo en organizaciones profesionales en el ámbito nacional. Casi todos mis esfuerzos profesionales, de una u otra manera, están dedicados a distinguir a la ciencia de la seudociencia dentro de la psicología clínica, y a promover la psicología clínica como ciencia.

¿Cuáles son sus áreas particulares de experiencia o de interés?

Ya he descrito cuál es el punto central que me satisface en la investigación: la competencia interpersonal. En la búsqueda de este interés, he estudiado una variedad de poblaciones y problemas clínicos específicos, entre los que se incluyen los hombres y las mujeres universitarios que se muestran tímidos, los individuos que no son asertivos, las personas que padecen de esquizofrenia, depresión, trastornos obsesivo-compulsivos, trastornos de la alimentación y adicción al tabaco, muchachos y muchachas adolescentes identificados como delincuentes juveniles y hombres que ejercen coerción sexual hacia las mujeres. Mi investigación a lo largo de estas zonas problemáticas se ha caracterizado por el interés en cuestiones conceptuales y de medición. En particular, mi trabajo reciente ha explorado el empleo de conceptos y métodos adaptados de la ciencia cognoscitiva y de la neurociencia. Mi meta es construir mejores modelos teóricos y cuantitativos de los fenómenos relacionados desde el punto de vista clínico.

¿Cuáles son las tendencias futuras que ve para la psicología clínica?

Los programas de enseñanza clínica que siguen teniendo un enfoque "práctico" sólido (ya sea que se identifiquen como programas de doctorado en psicología [Psy. D.] o como programas de doctorado en filosofía como científico practicante [Ph. D.]), están ignorando los cambios dramáticos que están ocurriendo en el campo de la salud mental (al que cada vez más se le llama campo de la salud conductual). En la medida en que la atención de la salud en Estados Unidos pasa del modelo tradicional de servicios a cambio de honorarios al modelo de la atención subsidiada, los psicólogos clínicos están perdiendo su función como proveedores de atención primaria. Las razones son obvias. Se pueden contratar de dos a tres trabajadores sociales por el precio de un psicólogo. Si la evidencia de la investigación no muestra diferencia en los resultados del tratamiento de los psicólogos clínicos con grado de doctorado y los trabajadores sociales con grado de maestría, entonces los sistemas de atención subsidiada, a todas luces preocupados por los costos, contratarán trabajadores sociales para suministrar la mayor parte de los servicios de salud mental. No obstante, una característica que distingue a algunos de los psicólogos clínicos con grado de doctorado de la mayoría de otros especialistas de la salud mental es la enseñanza en investigación del psicólogo o la preparación especial para la función de científico investigador. Sólo los programas de enseñanza clínica que han mantenido y fortalecido el enfoque tradicional del doctorado en filosofía (Ph. D.) sobre la enseñanza en investigación científica están preparando a sus estudiantes para un futuro viable en el cambiante campo de la atención de la salud mental.

Programas de enseñanza profesional y científica combinados

Un modelo de enseñanza alternativo final que expondremos en forma breve comprende una especialidad combinada en psicología de consejería, clínica y escolar. Según esbozaron Beutler y Fisher (1994), este modelo de enseñanza supone que 1) estas especialidades comparten diversas áreas centrales de conocimiento, y 2) las prácticas reales de los psicólogos que se gradúan de cada una de estas especialidades son bastante similares. El plan de estudios de estos programas de enseñanza combinados se enfoca en áreas nucleares dentro de la psicología y expone a los estudiantes a cada subespecialidad de la psicología de consejería, clínica y escolar.

El modelo de enseñanza combinado enfatiza la amplitud más que la profundidad del conocimiento psicológico. Sin embargo, esta característica también puede verse como una debilidad potencial del modelo. Puede ser que los graduados de este tipo de programa no desarrollen una subespecialidad o área específica de experiencia para el final de su capacitación de doctorado (Beutler y Fisher, 1994). Además, este modelo de enseñanza parece más adecuado para el futuro profesionista o practicante que para el futuro académico o científico clínico (Beutler y Fisher, 1994). Para fines de 1998 había nueve programas profesionales y científicos combinados acreditados por la APA, uno de los cuales ofrece un título de doctor en psicología.

Programas para graduados: pasado y futuro

En muchas formas, los cambios en la enseñanza de posgrado durante los pasados 30 años han reflejado el mercado para los psicólogos clínicos (H. C. Ellis, 1992). A partir de mediados de la década de los sesenta, los trabajos académicos basados en la universidad cambiaron hacia la práctica privada. No es sorprendente que surgieran poco después las quejas sobre las limitaciones del modelo de enseñanza del profesionista científico. Estas quejas se centraron sobre todo en la percepción de lo inadecuado del modelo de Boulder de la enseñanza para los futuros profesionistas. De acuerdo con ellas, la enseñanza de las habilidades clínicas era deficiente y los integrantes de los cuerpos docentes obviaban a menudo las necesidades de enseñanza de los futuros profesionistas.

De la Conferencia de Enseñanza Vail en 1973 salió una aprobación explícita de los modelos de enseñanza alternativos para satisfacer las necesidades del futuro profesionista. El grado de doctor en psicología y el modelo de la escuela profesional alternativos pueden rastrearse hasta las posiciones adoptadas por los asistentes a esta conferencia. Es claro que estos programas de enseñanza alternativos se están volviendo cada vez más influyentes, como lo indica el número de doctorados que conceden. Además, algunos han dado su apoyo a la designación de cualquier psicólogo clínico que practique trabajo clínico con un grado de doctor en psicología (Shapiro y Wiggins, 1994).

Sin embargo, varias tendencias recientes pueden afectar la viabilidad y el éxito de los diversos modelos de enseñanza expuestos aquí. Primera, algunos creen que puede haber un exceso de oferta de psicólogos orientados a la práctica (Robiner, 1991). De ser cierto, esto puede afectar en última instancia al número de estudiantes que ingresan a programas de posgrado en psicología clínica y los terminan. En años recientes, ha habido muchos más aspirantes para puestos de internado que las vacantes disponibles. El resultado neto ha sido que algunos graduados no han podido asegurar un puesto de internado. Si el internado y el mercado laboral se hacen rigurosos, es probable que los programas que de manera principal capacitan a profesionales (escuelas profesionales, escuelas que conceden el título de doctor en psicología) sientan lo más recio de este efecto. Esto sucederá en especial en las escuelas profesionales cuya viabilidad económica depende en gran medida de las colegiaturas y de grandes cantidades de estudiantes.

Segunda, es probable que la revolución de la atención a la salud subsidiada en Estados Unidos afecte la demanda de psicólogos clínicos en el futuro, así como los planes de estudio en los programas de enseñanza. Se pondrá mayor énfasis en los cursos que manejan intervenciones psicológicas breves sustentadas en forma empírica y evaluación focal. Los programas de enseñanza que no empleen personal docente con experiencia en estas áreas pueden producir graduados sin las habilidades requeridas para competir en el mercado.

Por último, varios autores (Robiner, 1991; Schneider, 1991) han señalado que puede haber una escasez de psicólogos clínicos con orientación académica y de investigación. De ser cierto, los programas de profesionistas científicos y de científicos clínicos pueden estar en mejor posición para satisfacer esta necesidad.

Reglamentación profesional

Conforme creció la psicología clínica y se multiplicó el número de sus practicantes, comenzaron a surgir problemas de competencia profesional. ¿Cómo va a saber el público quién está bien capacitado y quién no? Muchas personas no tienen el tiempo, inclinación ni conocimientos para distinguir al profesional del charlatán. La reglamentación profesional, por consiguiente, ha intentado proteger el interés público al establecer normas explícitas de competencia para los psicólogos clínicos.

Certificación. La *certificación* es una forma relativamente débil de regulación en la mayor parte de los casos. Garantiza que las personas no puedan nombrarse "psicólogos" mientras ofrecen servicios al público por una remuneración, a menos que sean certificados por un consejo estatal de examinadores. Esta certificación a menudo supone un examen, pero en ocasiones sólo consiste en una revisión de la capacitación y experiencia profesional del aspirante. La certificación es un intento por proteger al público al restringir el uso del título de "psicólogo". Su debilidad estriba en que no impide que cualquiera (desde los mal capacitados hasta los verdaderos charlatanes) ofrezca servicios psicológicos al público, siempre y cuando no usen el título de "psicólogo" o la palabra "psicológico" para describirse a sí mismos o a sus servicios si carecen de la certificación necesaria para ofrecer dichos servicios. Algunos clínicos han alegado que la certificación hace más para proteger a los psicólogos que para proteger al público.

Las leyes de certificación a menudo fueron resultado del cabildeo psiquiátrico en las legislaturas estatales. Debido a que muchos psiquiatras deseaban reservar la psicoterapia como competencia especial de la medicina, se resistieron a cualquier ley que reconociera la práctica de la psicoterapia por cualquier especialidad que no fuera médica. Como resultado, las leyes de certificación fueron la mejor regulación que pudieron obtener los psicólogos.

Licencias. La *licencia* es una forma más fuerte de legislación que la certificación. No sólo especifica la naturaleza del título ("psicólogo") y la capacitación que se requiere para obtener la licencia; por lo general, también define qué actividades profesionales específicas pueden ofrecerse al público a cambio de honorarios. Con la certificación, por ejemplo, los individuos podrían hacerse llamar "terapeutas" y luego proceder a proporcionar servicios "psicoterapéuticos" con impunidad. Muchas leyes estatales para el otorgamiento de licencias están diseñadas a fin de prevenir tales evasiones al definir la psicoterapia y hacerla de manera específica competencia de la psiquiatría, la psicología clínica u otras profesiones designadas. Sin embargo, algunos charlatanes son difíciles de contener y pueden ser muy astutos para disfrazar la naturaleza verdadera de sus actividades.

Para ayudar a fortalecer este sistema de vigilancia y protección del consumidor, la Asociación Psicológica Estadounidense elaboró un modelo de acta para el otorgamiento de licencias a los psicólogos (por ejemplo, APA, 1987b). Una revisión más reciente fue publicada en 1992 por la Asociación Estadounidense de Consejos Estatales de Psicología (American Association of State Psychology Boards; AASPB). Los estados y provincias han usado estos lineamientos a fin de elaborar sus propios requerimientos para el otorgamiento de licencias en sus jurisdicciones. Aunque las leyes de otorgamiento de licencias varían de un estado a otro (y de una provincia a otra), hay varios requerimientos comunes. Éstos se resumen en la tabla 3-1.

La mayor parte de los estados y provincias requiere que los aspirantes a la obtención de una licencia presenten un examen. Además, el consejo de licencias por lo general examina los antecedentes educativos del aspirante y en ocasiones requiere varios años de experiencia supervisada después del doctorado. Muchos estados también tienen requisitos subsiguientes de educación continua. Parece que los consejos de licencias se están volviendo más restrictivos, en ocasiones exigen cursos específicos, excluyen a los candidatos con grados de maestría y demandan títulos de programas aprobados por la APA. También están comenzando a inmiscuirse en las actividades de los psicólogos académicos e investigadores.

Las licencias y la certificación siguen siendo temas de intenso interés profesional. Algunos insisten en que las normas para el otorgamiento de licencias no deben aplicarse hasta que la investigación demuestre su utilidad y pueda mostrarse que los resultados positivos con los clientes se relacionan con la competencia del licenciado (Bernstein y Lecomte, 1981). Otros han señalado que la certificación y las licencias de ninguna manera invalidan



TABLA 3-1 Resumen de los requerimientos típicos para obtener la licencia

Educación
Se requiere un grado de doctorado de un programa acreditado por la APA en psicología profesional (como clínica).

Experiencia
Se precisa uno a dos años de experiencia clínica posdoctoral supervisada.

Exámenes
Un candidato a la licencia debe acreditar (es decir, obtener una calificación igual o mayor a cierta calificación de umbral) el Examen para Práctica Profesional en Psicología (EPPP; Examination for Professional Practice in Psychology). Además, algunos estados y provincias exigen un examen oral o escrito.

Requisitos administrativos
Requisitos adicionales incluyen la ciudadanía o residencia, edad, evidencia de buen carácter moral, etcétera.

Especialidades
La licencia para la práctica de la psicología es genérica. Sin embargo, los psicólogos deben practicar dentro del alcance de su competencia demostrada, indicada por sus antecedentes educativos y su capacitación.

las medidas de competencia profesional (Koocher, 1979). Sin embargo, otros sugieren que deben diseñarse las licencias para asegurar que el público no resulte dañado, más que regular los niveles de competencia (Danish y Smyer, 1981). Kane (1982) refuerza esta opinión, afirmando que en el presente los exámenes para otorgamiento de licencias ayudan a proporcionar salvaguardas contra la mala práctica. Por último, algunos psicólogos clínicos académicos están preocupados de que los requisitos para el otorgamiento de licencias violen la libertad académica debido a que dichos requerimientos en esencia dictan los cursos que se ofrecen en los programas de psicología clínica. Afirman que los cuerpos docentes que participan en un programa de enseñanza de psicología clínica tienen mejor idea de cuáles cursos se necesitan para producir psicólogos clínicos bien capacitados.

A pesar de estas cuestiones y problemas, la regulación de la práctica profesional parece haber llegado para quedarse. Hasta la fecha, es el único método que tenemos, aunque sea imperfecto, para proteger al público de los mal capacitados. Stewart y Stewart (1998) presentan un panorama de las tendencias en los requerimientos para el otorgamiento de las licencias durante los pasados diez años.

Consejo Estadounidense de Psicología Profesional (American Board of Professional Psychology; ABPP). Debido al fracaso de los estados en lo individual para tomar la iniciativa, se estableció el Consejo Estadounidense de Examinadores en Psicología Profesional (American Board of Examiners in Professional Psychology; ABEPP) como una corporación separada en 1947. En 1968, su nombre fue abreviado a *Consejo Estadounidense de Psicología Profesional (ABPP)*. El ABPP ofrece la certificación de la competencia profesional en los campos de psicología conductual, clínica, consejería, familiar, forense, de la salud, industrial y organizacional, escolar y neuropsicología clínica. Se aplica un examen oral, se observa el manejo de un caso por parte del candidato y se le pide al clínico que remita los expedientes de su manejo de casos previos.

Los candidatos a los exámenes de la ABPP también deben tener cinco años de experiencia después de la obtención del doctorado. En general, los requisitos son más rigurosos que los que exigen la certificación o licencia estatal. En esencia, puede asegurarse al público que dicho clínico es alguien que ha sido sometido al escrutinio de un panel de colegas.

National Register. En años recientes, las compañías de seguros han extendido cada vez más su cobertura para incluir servicios de salud mental. Al mismo tiempo, los psicólogos clínicos han ganado reconocimiento como proveedores competentes de aquellos servicios que abarcan la prevención, evaluación y terapia. En 1975 se publicó el primer *National Register of Health Service Providers in Psychology*. El *Register* es una especie de autocertificación, que enlista sólo a los profesionales que tienen licencia o certificación en sus estados y que remiten sus nombres para que los incluyan y pagan por este servicio. Junto con las cantidades crecientes de clínicos en la práctica privada y su reconocimiento como proveedores de atención a la salud por compañías de seguros como Blue Cross y Blue Shield, el *Register* es un indicio más de la creciente profesionalización de la psicología clínica.

Práctica privada

Antes observamos que cantidades considerables de psicólogos clínicos trabajan en la práctica privada. Ésta parece ser una tendencia creciente y se refleja en las aspiraciones de muchos estudiantes en la enseñanza clínica. En esencia, su meta es poner un consultorio. Esto sugiere que ahora el médico está sirviendo de modelo para estos aspirantes a psicólogos clínicos, un modelo que crea ciertos riesgos.

En el pasado reciente, por ejemplo, la profesión médica ha experimentado una gran cantidad de críticas y la pérdida de la imagen del buen samaritano, debido a que parecía más preocupada por los privilegios económicos que por el bienestar de sus pacientes. Los doctores operan grupos de presión fuertes en el Congreso y en las legislaturas estatales. Han logrado que se aprueben legislaciones que no sólo restringen la entrada a otros a lo que perciben como su campo profesional, sino que también los protege a ellos y a sus derechos adquiridos. La Asociación Médica Estadounidense (American Medical Association) a menudo es percibida no como la guardiana del público sino como la protectora de los derechos y ventajas del médico.

Lo que alarma a muchos psicólogos es que la psicología clínica parece estar moviéndose en la misma dirección. El énfasis en la legislación restrictiva, los diplomas y el activismo político, y la tendencia a restar importancia a la investigación, les parece a muchos mal orientado. Temen que lo que comenzó como un intento honesto y dedicado para mejorar la enseñanza, proporcionar un crecimiento profesional continuo, proteger al público y mejorar la buena voluntad común terminará en una postura egoísta de derechos adquiridos. Es obvio que la práctica privada no es el único lugar donde pueden desarrollarse estas tendencias, pero existe el peligro. Una cuestión social más importante es si capacitar clínicos para la práctica privada es una respuesta económica y eficiente para las necesidades de salud mental de Estados Unidos. No obstante, la práctica privada, con toda su preocupación por la cobertura de los seguros, la rivalidad profesional con la psiquiatría y la regulación estatutaria, parece haber llegado para quedarse.

La práctica privada tradicional en que se intercambian servicios por honorarios es cosa del pasado (R. J. Resnick, 1997; Schneider, 1990); ahora la atención subsidiada de la salud domina la escena. Los psicólogos que tienen práctica privada han sentido lo más recio de este cambio. Sin embargo, los programas de enseñanza deben asegurar que los futuros psicólogos clínicos no sean enviados al mundo real sin las habilidades y el conocimiento requeridos que demandan los sistemas subsidiados de atención de la salud. La tabla 3-2 resume las conclusiones de un Grupo de Trabajo de la Asociación Psicológica Estadounidense encargado de identificar las necesidades de enseñanza para futuros psicólogos practicantes.

Incluso puede darse el caso de que, debido al costo, ¡los clínicos doctorados de hoy sean remplazados por los futuros profesionales de la salud mental con nivel de maestría! Tenemos más que decir sobre el impacto de la atención subsidiada en la práctica de la psicología clínica más adelante en este capítulo.

TABLA 3-2 Lo que necesita saber todo psicólogo clínico practicante

En 1997, el Grupo de Trabajo sobre las Implicaciones de los Cambios en el Sistema de Suministro de Atención de la Salud para la Educación, Capacitación y Educación Profesional Continua de los Psicólogos (Working Group on the Implications of Changes in the Health Care Delivery System for the Education, Training, and Continuing Professional Education of Psychologists), de la Asociación Psicológica Estadounidense (APA), recomendó el dominio de lo siguiente:

1. Conocimiento de los sistemas de suministro de atención de la salud nuevos y en evolución como las organizaciones de atención subsidiada (managed care organizations; MCO).
2. Sensibilidad a las cuestiones éticas relacionadas con los escenarios de atención subsidiada, incluyendo confidencialidad y consentimiento informado.
3. Experiencia en ambientes multidisciplinarios, como los ámbitos médicos.
4. Habilidades clínicas vinculadas con la atención subsidiada, incluyendo intervenciones breves, enfoque de equipo de tratamiento y evaluación enfocada.
5. Experiencia en investigación "aplicada", como evaluación del programa, efectividad de la relación costo-beneficio y compensación del costo médico.
6. Habilidades de administración y negocios; por ejemplo, contratos, revisión de utilización, mercadotecnia.
7. Tecnología como computadoras, bases de datos y telemedicina.

Independencia y economía

La oposición inicial de la profesión psiquiátrica impidió a los psicólogos clínicos ocuparse en la práctica independiente de la psicoterapia. Con el tiempo la psicología clínica venció al poderoso cabildeo psiquiátrico que operaba en la mayor parte de las legislaturas a lo largo del país y ganó el derecho de practicar de manera independiente. La lógica había prevalecido al final; el argumento psiquiátrico de que la psicoterapia es una forma de intervención médica se había desvanecido en la oscuridad. Los psiquiatras llegaron a aceptar la nueva situación legal concedida a los psicólogos clínicos, y éstos comenzaron a precipitarse a la práctica privada para llenar los vacíos que había en el campo de la salud mental. Ahora se han vuelto profesionistas independientes por completo. R. J. Resnick (1997) proporciona un panorama ameno de la historia de esta lucha.

En efecto, uno podría pensar ahora en los psiquiatras y los psicólogos clínicos como competidores, y ésa es la dificultad. Lo que una vez fue una guerra ideológica ahora se ha convertido en una trifulca económica. Justo cuando los psicólogos clínicos comenzaban a establecerse en su independencia recién encontrada, entraban en operación cada vez más planes de seguros de salud privados y cuasigubernamentales. Se comenzó a incluir la psicoterapia en estos planes y los profesionistas se volvieron elegibles para el reembolso. Las personas que antes no podían costear una terapia o no estaban dispuestas a pagar por ella ahora estaban cubiertas. Muy pronto la profesión médica montó campañas para excluir a los psicólogos clínicos del reembolso, a menos que los pacientes les fueran enviados por médicos. La vieja batalla sobre la práctica independiente se había perdido antes. Ahora el campo de batalla cambiaba al reembolso directo a los psicólogos por las compañías de seguros sin la intervención de un médico.

Un buen ejemplo es el caso que implicó a Blue Shield of Virginia (BSV). Durante varios años BSV requirió que los psicólogos facturaran por medio de un médico. Hubo repetidos intentos inútiles para obtener el reembolso directo por los servicios prestados a los miembros de BSV. Al final, la Academia de Psicólogos Clínicos de Virginia (Virginia Academy of Clinical Psychologists; VACP) emprendió una acción antimonopolista contra BSV. El tribunal falló a favor de BSV. Pero en la apelación la corte superior revocó la decisión y apoyó la petición de la VACP. Toda esta acción legal comenzó en 1978 y no se concluyó por completo hasta 1982, cuando un tribunal federal concedió a la VACP más de 405 000 dólares por honorarios de abogados. El resultado representó una victoria significativa para los psicólogos clínicos en su búsqueda por establecer una profesión independiente que pueda competir en el mercado con la psiquiatría en igualdad de circunstancias (Resnick, 1985).

Una profesión que comenzó en forma silenciosa dentro de los claustros académicos, ahora se encuentra librando una batalla en el mercado —cada vez menos el erudito y cada vez más el empresario—. En la actualidad, los psicólogos clínicos practicantes disfrutan de privilegios de reembolso de la mayor parte de las compañías de seguros, Medicare y más de 30 programas Medicaid (Resnick, 1997).

La revolución de la atención de la salud

Los costos de la atención de la salud han crecido en forma astronómica en muchas partes del mundo. En Estados Unidos, estos costos comprendían sólo 4.5% del producto nacional bruto en 1950; desde entonces se han inflado a más de 14%, con un costo total que excede los 898 mil millones de dólares anuales (Frank y VandenBos, 1994).

Hace unos cuantos años se habló mucho de un programa nacional de seguro de salud en Estados Unidos. Lo que se obtuvo en su lugar fue una industria corporativa de atención a la salud orientada hacia las ganancias que bien puede revolucionar todos los rincones de la atención de la salud (Zimet, 1989). Este enfoque de la ***atención subsidiada*** para abordar las necesidades de la atención de la salud se dirige al alto costo no sólo de los servicios de salud física sino también de los servicios de salud mental (a menudo denominados "atención de la salud conductual"). Cada vez más las compañías de seguros u otros terceros pagadores están determinando la cantidad de reembolso para los servicios de salud mental. En esencia, los que pagan las facturas (como los patrones) han quitado el control económico a los profesionistas (Cummings, 1995).

Es importante reconocer que la atención subsidiada existe en un continuo. En términos generales, "la atención subsidiada es un enfoque integrado para el financiamiento y otorgamiento de atención

de la salud" (Bobbitt, Marques y Trout, 1998, p. 54). El viejo sistema tradicional de atención de la salud mental de prestar servicios a cambio de honorarios "no era administrado" en el sentido de que había poco control sobre lo que podían usar los profesionistas con nivel de doctorado, la cantidad pagada por los servicios, la calidad de éstos y su frecuencia de uso. Los planes de seguro se volvieron "más administrados" conforme las redes de proveedores se volvieron más selectivas, conforme la utilización de los servicios se evalúa respecto de la conveniencia y eficacia, y conforme las organizaciones de atención subsidiada instituyen programas de mejoramiento de la calidad (Bobbitt y cols., 1998). Éstas y otras características se resumen en la tabla 3-3.

TABLA 3-3 Características comunes de una Organización de Atención de la Salud Conductual Administrada (Managed Behavioral Health Care Organization)

- Se identifica como una entidad empresarial o estructura corporativa
- Proporciona (o arregla) una gama completa de servicios clínicos
- Red de proveedores acreditada o sistema de suministro de personal
- Administración de la utilización y de la atención
- Sistemas de administración de la información (seguimiento de miembros, elegibilidad y datos de población agregada)
- Administración de la calidad sistemática y mecanismos de mejora
- Capacidad para correr el riesgo financiero, incluyendo el pago de reclamaciones de seguro

Fuente: adaptado con autorización de Bobbitt, B. L., Marques, C. C. y Trout, D. L. (1998). "Managed behavioral health care: Current status, recent trends, and the role of psychology", *Clinical Psychology: Science and Practice, 5*, pp. 53-66. Derechos reservados 1998, American Psychological Association

Aunque esta revolución de la atención de la salud lleva ya más de dos décadas (Broskowski, 1991), ahora son más sobresalientes sus efectos. El centro de la atención está en la contención del costo, con las corporaciones expandiéndose en una especie de complejo médico industrial y enfatizando una mentalidad de mercado (Kiesler y Morton, 1988). Para fines de 1997, 85% de los estadounidenses pertenecía a alguna clase de plan de atención de la salud subsidiada (Winslow, 1998). Por tanto, podemos observar una presión continua en el profesionista independiente. Se prefieren las intervenciones breves que aprovechan el tiempo, y ahora se les pide a los profesionistas que demuestren su efectividad en forma empírica y que documenten su eficacia en el suministro de servicios (Cummings, 1995).

Existen varios modelos de atención subsidiada, todos los cuales intentan controlar costos, reducir el uso de servicios y asegurar la calidad de éstos. Mencionaremos en forma sucinta dos tipos importantes de sistemas de atención subsidiada: las HMO y las PPO. Una *Organización de Mantenimiento de la Salud* (Health Maintenance Organization; HMO) emplea una cantidad restringida de proveedores para servir a quienes se inscriben en el plan; los costos para todos los servicios son fijos. Una *Organización de Proveedores Preferidos* (Preferred Provider Organization; PPO) tiene contratos con proveedores externos (con una tarifa con descuento) para satisfacer las necesidades de sus miembros; a cambio de la tarifa con descuento, se supone que los proveedores reciben mayor número de casos.

Estos sistemas relativamente nuevos de suministro de servicios están dictando definiciones nuevas de lo que constituye el tratamiento psicológico, al igual que modos nuevos de práctica para los psicólogos clínicos. Cummings (1995) expuso en fechas recientes algunos de estos "cambios esenciales de paradigma": 1) Los clientes serán vistos durante menos sesiones y se verá una cantidad mayor de clientes por año. 2) El tratamiento será breve (menos sesiones) e intermitente (puede que no se vea a los clientes en semanas consecutivas). 3) El terapeuta servirá como un catalizador para que los clientes modifiquen sus vidas. 4) La mayor parte de los cambios ocurrirán fuera del tratamiento. 5) El tratamiento no terminará ("Está usted curado"); más bien, será interrumpido después de que el progreso del cliente sea evidente. 6) Los recursos comunitarios (por ejemplo, Alcohólicos Anónimos, Padres sin Pareja) se usarán en mayor medida. 7) La mayor parte del tratamiento se suministrará en un formato de grupo y comprenderá programas psicoeducativos estructurados (como el entrenamiento para el manejo del estrés). Cada uno de estos cambios predichos es bastante dramático,

y el efecto neto será un estilo de intervención psicológica que difiere en gran medida de la psicoterapia "tradicional".

De hecho, la atención subsidiada puede afectar de manera directa el panorama laboral para los psicólogos clínicos con grado de doctorado que planean hacer una carrera en la práctica clínica (Frank y VandenBos, 1994):

> Los sistemas integrados de suministro de atención subsidiada se caracterizarán por la dependencia de porteros de atención primaria, la integración clínica a lo largo del continuo de servicios proporcionados a cada paciente y la distribución del riesgo financiero entre los proveedores (pago *per cápita*). La práctica médica cambiará hacia la atención primaria y habrá un incremento en el uso de extensiones médicas, como las enfermeras de práctica avanzada y los asistentes médicos. Es probable una tendencia similar en el área de la salud mental, con un mayor uso de proveedores con grado de maestría de todo tipo. (p. 852)

Los profesionistas y paraprofesionistas con grado de maestría son mucho más "baratos" al usarlos en los mismos servicios y, por consiguiente, serán más atractivos desde el punto de vista económico para las compañías de atención subsidiada (Cummings, 1995; Sleek, 1995a).

Pero la capacitación del profesional científico o del científico clínico ofrece algunas oportunidades en este ambiente de atención subsidiada. Por ejemplo, los psicólogos clínicos 1) tienen una orientación empírica que enfatiza el estudio de resultados, lo cual puede ayudar a evitar los prejuicios profesionales; 2) tienen habilidades diferentes de las de los médicos; 3) pueden enfatizar la prevención de los problemas de salud mental en individuos y enfocarse en su bienestar en lugar de en su enfermedad, y 4) conocen los efectos del ambiente en el comportamiento (Kiesler y Morton, 1988). Todo esto puede impresionar a un sistema dirigido hacia la corporación y las ganancias. Sin embargo, no hemos realizado, hasta la fecha, un trabajo particularmente bueno para hacer publicidad a la efectividad demostrada de nuestras intervenciones psicológicas (Barlow, 1994). Por último, quizá en forma irónica, algunos han sugerido que los psicólogos clínicos pueden beneficiarse de la atención subsidiada. Estos beneficios "ocultos" incluyen un incremento en la asistencia técnica y educación proporcionada por las compañías de atención subsidiada, aumento en las oportunidades para la colaboración interdisciplinaria y supervisión clínica "gratuita" de los administradores de casos de las compañías de atención subsidiada (Anónimo, 1995).

Broskowski (1995) ha subrayado diversas implicaciones para la enseñanza y carreras de los psicólogos que resultan de las tendencias en la reforma de la atención de la salud. Primero, es probable que el mercado para profesionales independientes (aquellos con práctica privada) continuará reduciendo su tamaño. En contraste, es probable que las oportunidades para los psicólogos clínicos que se especializan en psicología de la salud se incrementen en forma considerable ya que son más aptos para proporcionar una gama más amplia de servicios en virtud de su capacitación, incluyendo los relacionados con la atención médica. En segundo lugar, un incremento en la atención a la responsabilidad y los resultados con los pacientes abrirá las puertas a los psicólogos clínicos que tengan experiencia en investigación clínica y psicométrica. A ellos se les pedirá que diseñen y evalúen estudios de resultados con los pacientes, satisfacción de los mismos y la efectividad de diversas intervenciones psicológicas. Por último, los programas de enseñanza de psicología clínica necesitan poner más énfasis en las intervenciones psicológicas con una relación costo-beneficio efectiva, proporcionar capacitación clínica en ámbitos de atención subsidiada e incorporar en sus planes de estudios instrucción didáctica en la investigación de servicios de salud aplicados. Se espera que se tengan en cuenta estas sugerencias a fin de que los futuros psicólogos clínicos reciban la capacitación necesaria para prosperar en un ambiente de atención subsidiada.

Bobbitt y cols. (1998) ofrecen el siguiente resumen de la perspectiva de las oportunidades futuras para los psicólogos clínicos en ese mundo:

> Nuestra visión de la psicología clínica sería continuar avanzando en el desarrollo y difusión de los hallazgos de la investigación psicológica, junto con programas de enseñanza transformados que enfaticen la integración de la práctica clínica con los sistemas administrativos... Esta aplicación de la ciencia en un ambiente práctico requiere una comprensión práctica de las complejidades administrativas que supone la atención de la salud organizada. Si la psicología se mueve con rapidez en los siguientes años y

transforma los programas de enseñanza, es posible que pueda capacitarse a los psicólogos para que ocupen puestos fundamentales: como clínicos y como líderes administrativos en el sistema de atención a la salud en evolución. (p. 64)

TABLA 3-4 Desarrollos recientes relacionados con la atención de la salud conductual

1. *Se espera que se incrementen de nuevo los costos de la atención de la salud.* Se espera que se revierta la tendencia reciente de las disminuciones anuales en los costos de la atención de la salud. En particular, se espera que se dupliquen los costos de la atención de la salud de 1 035 billones de dólares en 1996 a 2 133 billones en el 2007 (McGinley, 1998). Se completarán los ahorros de una sola ocasión que representa el cambio de la mayoría de los estadounidenses del servicio a cambio de honorarios a los planes de atención subsidiada. El incremento de los costos en el futuro se asociará sobre todo con la tecnología médica, los servicios médicos y los fármacos de prescripción (McGinley, 1998).

2. *Los psicoterapeutas están adoptando enfoques novedosos para la atención subsidiada.* A fin de mantener su autonomía, algunos psicoterapeutas están optando por revisar sus costos. Al servir de manera formal como sus propios "perros guardianes" y administradores de costos, los grupos de profesionales de la salud mental pueden evitar perder el control sobre el suministro de servicios a las organizaciones de atención subsidiada externas (Jeffrey, 1998). Por ejemplo, los terapeutas sirven como sus propios "porteros" al revisar de manera crítica el número de sesiones asignadas a pacientes individuales y evalúan la calidad de los servicios en forma interna.

3. *Los psicólogos clínicos están suministrando servicios con base en una "tasa de casos".* Con las tasas de casos, una compañía de atención subsidiada paga a un psicólogo clínico una tarifa uniforme (digamos 300 dólares) por llevar a cabo hasta diez sesiones con un paciente (Pollock, 1998). Es evidente que el psicólogo clínico tiene un incentivo financiero por usar sólo unas cuantas sesiones de tratamiento. Por ejemplo, un psicólogo clínico que sólo usó tres sesiones recibiría alrededor de 100 dólares por sesión, mientras que uno que utilizó las diez sesiones asignadas sólo recibiría 30 dólares por sesión. Aunque el primero tendría una carga de casos mayor, la tasa de reembolso por sesión sería alta. El último clínico tendría una carga de casos con menos pacientes, pero las tasas de reembolso por sesión serían significativamente menores.

Privilegios para expedir recetas

Una cuestión actual que ha desatado debates acalorados tiene que ver con la búsqueda de *privilegios para expedir recetas* por parte de los psicólogos clínicos. La Asociación Psicológica Estadounidense ha avalado en fechas recientes esta búsqueda (Martin, 1995), al igual que varios de sus funcionarios de más alto nivel (véase, por ejemplo, DeLeon y Wiggins, 1996; DeLeon, Fox y Graham, 1991; Fox, 1988; Nickelson, 1995). Muchos otros permanecen neutrales o se oponen en forma inflexible a la obtención de tales privilegios (DeNelsky, 1991, 1996; Handler, 1988; Hayes y Heiby, 1996). La decisión de buscar estos privilegios tendrá repercusiones de largo alcance para la definición de la función de los psicólogos clínicos, la capacitación que requieren y su práctica actual.

Antecedentes. Como señalaron Brentar y McNamara (1991), en años recientes los psicólogos clínicos han expandido su área de interés de la salud mental a cuestiones de salud en general. Esta redefinición de la psicología clínica como un campo interesado en la salud general (incluida la salud mental) plantea diversas cuestiones interesantes respecto a cómo asegurar mejor que los psicólogos clínicos puedan funcionar en forma autónoma y no ser controlados o regulados por la profesión médica u otras profesiones (Fox, 1982). Varios defensores han afirmado que obtener privilegios para expedir recetas asegurará la autonomía de los psicólogos clínicos como proveedores de servicios de salud y permitirá una continuidad de la atención que falta cuando un psiquiatra receta los medicamentos de un paciente y un psicólogo le proporciona psicoterapia. Además, DeLeon (1988) ha sostenido que es nuestro deber profesional y ético mejorar y ampliar los servicios que ofrecemos a fin de satisfacer las necesidades de la sociedad. Los psicólogos clínicos con privilegios para recetar estarían disponibles para satisfacer las necesidades de las poblaciones a las que se les proporcionan servicios inadecuados (por ejemplo, residentes rurales, pacientes geriátricos).

Sin embargo, esta búsqueda ha sido cuestionada en el terreno filosófico. Handler (1988) ha afirmado que la necesidad de límites profesionales entre la psicología clínica y la psiquiatría dicta que no debemos incorporar intervenciones médicas (medicamentos) en nuestro repertorio de tratamiento. Handler afirma además que es la orientación contra el uso de

PERFIL 3-2

Patrick H. DeLeon, Ph. D., J. D.



El doctor DeLeon es un prominente psicólogo clínico que funge como jefe de personal para el senador Daniel K. Inouye (D-HI). También ha sido muy activo en la Asociación Psicológica Estadounidense (APA). A lo largo de los años, ha sido presidente de la APA, secretario de la APA, miembro del Consejo de Directores de la APA, director del Consejo de Asuntos Profesionales de la APA y presidente de las divisiones de Psicología Clínica (División 12), Psicoterapia (División 29) y Psicología y Ley (División 41) de la APA.

El doctor DeLeon ha sido quizá el defensor más abierto de la búsqueda de privilegios para expedir recetas para los psicólogos. Le hicimos varias preguntas sobre sus antecedentes y actividades.

¿Podría hablarnos un poco sobre sus antecedentes e intereses?

Crecí en una familia que era muy activa en la política. Mis padres eran abogados. Mi madre fue una de las primeras abogadas en Connecticut y la primera mujer elegida concejal en nuestro pueblo natal. Siempre supe que sería abogado. Si no hubiera ido primero a la escuela para graduados, sin duda me habría convertido en funcionario público. Trabajar en Capitol Hill parecía "natural". De manera específica, comencé a trabajar para el senador Inouye el día que comenzaron las audiencias del caso Watergate, hace más de 25 años. En esa época estaba inscrito en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Hawai y trabajaba para la División de Salud Mental del Estado de Hawai. La universidad requería un internado, así que un verano me fui a la capital de la nación y, excepto por un periodo breve para dirigir una campaña al congreso, no la he dejado. A lo largo de los años he aprendido que muchos integrantes del personal del congreso han crecido en familias que fueron muy activas en el proceso político. Uno aprende desde temprana edad el valor del servicio público. El proceso político y el proceso de la política pública se vuelven "naturales": significativos en lo personal y, en esencia, una forma de vida.

Antes de trabajar para el senador Inouye, era psicólogo clínico en la División de Salud Mental del Estado de Hawai. Primero trabajé en un pabellón de pacientes internados en nuestro hospital estatal; luego, como resultado del movimiento de centros de salud mental comunitaria, se combinaron nuestras responsabilidades con los pacientes internados y los externos. En esencia fungía como director suplente de nuestro centro, especializado desde el punto de vista clínico en pacientes "peligrosos" y "crónicos". Antes de eso, mi esposa y yo trabajamos como Funcionarios de Evaluación de Campo (Field Assessment Officer; FAO) para los Cuerpos de Paz, proveyendo de personal a un proyecto en Fiji y Filipinas. En verdad fue interesante, en especial el tiempo que pasamos en los países anfitriones.

¿Cuál es el mayor desafío que enfrenta la psicología en la actualidad?

Creo que el mayor desafío que enfrentamos en la actualidad como profesión es interno: apreciar de manera colectiva el grado en que en verdad somos una de las "profesiones aprendidas" y, por tanto, que tenemos una obligación social de proporcionar un liderazgo electivo y proactivo. Al parecer, demasiados de nosotros no apreciamos que en verdad somos una familia. Por ejemplo, un psicólogo individual es atraído por un puesto administrativo de nivel superior y luego parece actuar como si ya no fuera psicólogo. A diferencia de la medicina organizada, la cual siempre está viendo por el futuro de su profesión, demasiado pocos de nosotros nos apartamos de nuestro camino para fomentar la experiencia de "creci-

(continúa)

Perfil 3-2 *(continuación)*

miento" para la siguiente generación. Podemos hablar sobre hacer algo, pero he observado que en realidad se logra muy poco. Por ello, a mi juicio, es tan importante para la profesión el establecimiento del Comité para la Asociación Psicológica Estadounidense de Estudiantes Graduados (American Psychological Association of Graduate Students; APAGS). La APAGS en la actualidad sobrepasa los 40 000 miembros y representa el futuro de nuestra profesión. De algún modo tenemos que acercarnos a ellos, en particular en el nivel de asociación estatal, y fomentar desde el punto de vista institucional una "disposición mental" diferente por completo. Si podemos lograr esto, estoy seguro de que poseemos la experiencia y capacidad creativa para prosperar, a pesar de lo que pudiera parecer la crisis cotidiana: atención subsidiada, restricciones presupuestales y cosas por el estilo. Juntos, lo haríamos extraordinariamente bien; como individuos aislados, es difícil predecir qué evolucionaría.

En su opinión, ¿por qué los psicólogos clínicos deberían buscar y obtener privilegios para recetar?

Resumido de DeLeon y Wiggins (1996):

- Toda la evidencia objetiva que hay hasta la fecha respecto de la calidad de la atención proporcionada por profesionales que no son médicos (como enfermeras, asistentes médicos, optometristas) indica en forma consistente que es elevada y tiene una buena relación costo-beneficio.
- Se ha demostrado que es posible capacitar con éxito a personas que no son médicos para que receten medicamentos.
- Los psicólogos están interesados en obtener la capacitación psicofarmacológica y experiencia clínica necesarias para recetar de manera competente.
- Al obtener privilegios para expedir recetas, los psicólogos también obtendrán la autoridad legal para determinar si los medicamentos son necesarios y apropiados (la capacidad para *no* recetar).

En mi opinión, los psicólogos dependerían menos de la medicación que los médicos (esto se ha encontrado en los proyectos piloto realizados hasta la fecha) y esto conduciría a una calidad mayor de la atención de la que se dispone en la actualidad.

medicamentos de la psicología clínica la que la identifica como una profesión de la salud única y la cual es responsable del atractivo de este campo. DeNelsky (1991, 1996) señala que, aun sin privilegios para expedir recetas, cada vez más psicólogos se han convertido en proveedores de servicios de consulta externa, mientras que se advierte la tendencia opuesta para la psiquiatría. A continuación se presentan algunos de los principales argumentos a favor y en contra de los privilegios para expedir recetas.

Ventajas. Se han expresado diversos argumentos a favor de buscar los privilegios para expedir recetas; presentaremos en forma breve varias de las razones más citadas. Estos argumentos se discutieron en una entrevista con el director ejecutivo de la Dirección de la Práctica (Practice Directorate) de la Asociación Psicológica Estadounidense (Nickelson, 1995) y han sido enfatizados por otros que apoyan los privilegios para expedir recetas (por ejemplo, DeLeon y Wiggins, 1996).

Primero, tener privilegios para expedir recetas permitiría a los psicólogos clínicos proporcionar una variedad más amplia de tratamientos y tratar una gama más amplia de clientes o pacientes. Ahora sería una opción el tratamiento que incluyera medicamentos, y esto conduciría a una mayor participación de los psicólogos clínicos en el tratamiento de condi-

ciones en las que los medicamentos son la forma primaria de intervención (por ejemplo, esquizofrenia).

Una segunda ventaja es el incremento potencial en la eficiencia y en la relación costo-beneficio de la atención para los pacientes que necesitan tanto tratamiento psicológico como medicación. Estos individuos requieren a menudo más de un profesional de la salud mental (un psiquiatra para los medicamentos, un psicólogo clínico para el tratamiento cognitivo-conductual). Un solo profesional de la salud mental que pudiera ofrecer todas las formas de tratamiento podría ser deseable desde un punto de vista práctico y económico.

También existe la creencia de que los privilegios para expedir recetas darían a los psicólogos clínicos una ventaja competitiva en el mercado de la atención de la salud. El campo de la atención de la salud se está volviendo cada vez más competitivo y tales privilegios le conferirían una ventaja a los psicólogos clínicos sobre otros profesionales de la atención de la salud (como los trabajadores sociales). Por último, algunos ven la obtención de estos privilegios como una progresión natural en la búsqueda de la psicología clínica para convertirse en una profesión de la atención de la salud hecha y derecha, en lugar de ser tan sólo una profesión para la atención de la salud mental.

Desventajas. Otros psicólogos clínicos han expresado preocupaciones acerca de la posibilidad de obtener el derecho de recetar (Brentar y McNamara, 1991; DeNelsky, 1991, 1996; Handler, 1988; Hayes y Heiby, 1996). Estos críticos señalan que tales privilegios pueden conducir a una desestimación de las formas "psicológicas" de tratamiento, debido a que a menudo los medicamentos actúan más rápido y son potencialmente más provechosos que la psicoterapia. Muchos temen que pueda ocurrir un cambio conceptual en que las explicaciones biológicas de las condiciones emocionales prevalezcan sobre las psicológicas.

Dicha búsqueda también puede dañar la relación de la psicología clínica con la psiquiatría y la medicina general. Este conflicto puede dar como resultado demandas costosas en lo financiero. Esta nueva carga financiera, al igual que los honorarios legales necesarios para modificar las leyes de otorgamiento de licencias actuales, ocurriría a expensas de los programas existentes. Además, es probable que la concesión de estos privilegios conduzca a incrementos en los costos de responsabilidad por mala práctica. En resumen, puede ser que no valga la pena.

Implicaciones para la enseñanza. Si los psicólogos clínicos obtienen estos privilegios, el cambio afectará de manera significativa la enseñanza de los psicólogos clínicos futuros. En 1993, el Grupo *Ad Hoc* sobre Psicofarmacología (Ad Hoc Task Force on Psychopharmacology) de la Asociación Psicológica Estadounidense publicó sus recomendaciones respecto de los criterios de competencia para la enseñanza de los psicólogos que proporcionen servicios a personas que reciben psicotrópicos (Smyer y cols., 1993). Este grupo de trabajo delineó los siguientes tres niveles de competencia y capacitación en psicofarmacología. Nótese que sólo quienes completen con éxito el nivel 3 de enseñanza estarían calificados para recetar.

Nivel 1: capacitación en farmacología básica. La competencia en este nivel incluiría el conocimiento de las bases biológicas de la neuropsicofarmacología y un dominio de las clases de medicamentos usados para el tratamiento, al igual que un conocimiento de las sustancias de las que se abusa (como el alcohol o la cocaína). Para lograr este nivel de capacitación se recomienda un curso introductorio de un semestre de psicofarmacología.

Nivel 2: práctica colaborativa. La competencia en este nivel, que en esencia capacita para fungir como consultor psicofarmacológico, supondría un conocimiento más profundo de la psicofarmacología y de las drogas de las que se abusa; competencia en la evaluación diagnóstica, evaluación física, interacciones de los fármacos y sus efectos secundarios; y capacitación práctica en psicofarmacología. De manera específica, el comité recomendó cursos en las áreas enumeradas al igual que experiencia práctica supervisada.

Nivel 3: privilegios para expedir recetas. Debe demostrarse competencia en este nivel a fin de ejercer en forma independiente como psicólogo que expide recetas. El comité recomendó una educación universitaria sólida en ciencias biológicas (incluyendo múltiples cursos de biología, química, matemáticas y farmacología), dos años de enseñanza de posgrado en psicofarmacología (26 horas de crédito) y una residencia posdoctoral en psicofarmacología.

PERFIL 3-3

Elaine M. Heiby, Ph. D.



La doctora Heiby es profesora de psicología en la Universidad de Hawai. Sus intereses en la investigación incluyen las teorías del autocontrol, trastornos emocionales y la adhesión a los comportamientos sanos, y ha publicado en forma extensa en dichas áreas. También es conocida por su liderazgo entre quienes se oponen a la búsqueda de privilegios para expedir recetas. Tuvimos oportunidad de preguntarle sobre sus antecedentes al igual que sus puntos de vista respecto de los privilegios para recetar.

¿Qué hizo que se interesara en el campo de la psicología clínica?

Cuando ingresé a la escuela de posgrado en 1974, pretendía convertirme en académica en un programa de psicología conductual. Era una época emocionante en la psicología conductual cuando los trabajos de científicos como Wolpe, Staats y Skinner estaban demostrando hacer generalizables los principios básicos de laboratorio para la comprensión del comportamiento humano complejo y el alivio del sufrimiento humano. Me percaté de que deseaba contribuir a la síntesis de los principios conductuales y la psicología aplicada. También comprendí que la psicología clínica era una profesión creciente con espantosamente pocos lineamientos con base científica para la selección de una programación efectiva de prevención y tratamiento. Así que decidí completar mi enseñanza de doctorado en psicología clínica y conductual, sabiendo que la capacitación clínica era esencial para concentrar mi carrera en la integración de la ciencia y la práctica psicológicas.

Describa en qué actividades participa como psicóloga clínica.

Soy profesora en el Departamento de Psicología de la Universidad de Hawai en Manoa y tengo licencia. Imparto clases en dos cursos de evaluación psicológica en nuestro programa clínico, funjo como directora asociada de Estudios Clínicos, superviso la investigación clínica de posgrado y de licenciatura, dirijo varios de mis programas de investigación y participo en los consejos de organizaciones de psicólogos. Tuve una pequeña práctica de psicoterapia de tiempo parcial durante unos diez años. Ahora mi trabajo aplicado se limita a consultas y a servir como testigo perito. Las consultas han incluido la elaboración de protocolos de evaluación y tratamiento para proveedores de salud conductual, realización de evaluaciones de resultados de tratamientos en el ámbito de la salud mental y proporcionar evaluaciones psicológicas para tribunales familiares y penales.

¿Cuáles son sus áreas particulares de experiencia o interés?

Mis intereses incluyen *a*) elaborar teorías integradoras de autocontrol, trastornos emocionales (depresión, ansiedad, ira y manía) y la adhesión a comportamientos sanos; *b*) la construcción de dispositivos de evaluación breve, incluyendo medidas de habilidades de autocontrol y autorreforzamiento y otras competencias conductuales relacionadas con los trastornos emocionales y la adhesión a comportamientos sanos, y *c*) la aplicación de la teoría del caos para la comprensión de los estados emocionales cambiantes y transitorios.

¿Qué tendencias futuras ve para la psicología clínica?

Encuentro que es un momento muy emocionante para la ciencia clínica y los profesionistas científicos. El ambiente de la atención de la salud ahora

requiere evidencia de servicios con una buena relación costo-beneficio. Estas demandas del mercado son congruentes con los principios básicos de la ciencia que comprenden la búsqueda de la austeridad y apoyo empírico para las predicciones. La atención subsidiada puede ser remuneradora para el profesionista científico cuyo enfoque abarca el valor de que los servicios con apoyo científico son los más humanos. Se necesitará que los psicólogos expertos capaciten a terapeutas en los procedimientos más efectivos, evalúen los resultados de programas de prevención y tratamiento, proporcionen servicios directos para los casos más difíciles y asesoren a proveedores médicos, dependencias gubernamentales, empresas y otras organizaciones. Los científicos clínicos encontrarán más fondos de becas para apoyar la investigación sobre el desarrollo de dispositivos de evaluación y procedimientos de tratamiento con una buena relación costo-beneficio. Así que creo que en el futuro los psicólogos clínicos con capacitación científica encontrarán las mayores oportunidades de empleo y serán los más satisfechos con su trabajo.

Usted ha sido una crítica abierta del movimiento que busca obtener privilegios para expedir recetas por los psicólogos clínicos. ¿Por qué?

Creo que el plato de la psicología está lleno. Hay muchas necesidades sociales no satisfechas para los servicios psicológicos efectivos. Los psicólogos son los únicos proveedores de servicios de salud mental capacitados en la ciencia del comportamiento humano y dispuestos a tomar las decisiones clínicas más informadas. Los investigadores apenas han rozado la superficie en la comprensión del nivel psicológico de la adaptación y sufrimiento humanos. Para que la psicología tomara la tarea de la enseñanza y práctica médicas, tendría que darse algo más. En el nivel de la enseñanza, la especialización de licenciatura en psicología incluiría algunos cursos premédicos, los cuales es probable que no atraigan a muchos de los estudiantes que se interesan en la actualidad en la disciplina. La enseñanza de posgrado también tendría que revisarse. Agregar varios años de capacitación médica a los programas clínicos necesariamente sería en detrimento de la enseñanza de la psicología. Los psicólogos aplicados serían menos expertos en la ciencia del comportamiento y habría menos personal docente de psicología realizando investigación básica y aplicada.

No obstante, creo que ha habido algunos efectos positivos de la propuesta para la concesión de estos privilegios. Los psicólogos aplicados son alentados a volverse más competentes para hacer recomendaciones a los médicos y evaluar la eficacia del tratamiento médico. Se está estimulando a los investigadores para que sinteticen la psicología clínica y la neurociencia conductual. Una mayor colaboración e investigación integradora sin duda promoverá servicios globales y un avance en la ciencia de la psicología. A la larga, estos cambios pueden dar como resultado una disciplina y profesión híbrida que incluya los dominios actuales de las ciencias psicológica y médica. En este momento, sin embargo, creo que es prematuro el intento de transformar legislativamente a la psicología en una especialidad médica. Los psicólogos que desean recetar son libres de buscar capacitación que ya se encuentra disponible, como en enfermería, sin restar recursos a la psicología.

Estas recomendaciones, si se ponen en práctica, afectarían la enseñanza de posgrado de la psicología clínica en diversas formas. Primero, debido a los requisitos de cursos adicionales (para los niveles 2 y 3), se requeriría más tiempo para completar los estudios de posgrado. En muchos casos, se requeriría personal docente adicional para enseñar los nuevos cursos requeridos; la mayor parte de estos cursos no se imparten en la actualidad en los programas de posgrado de psicología clínica. Por último, es probable que los aspirantes a los programas de posgrado de psicología clínica sean examinados en forma más meticulosa para asegurar que tengan antecedentes sólidos en los cursos de licenciatura de ciencias biológicas. Quizá no sea sorprendente que muchos directores de enseñanza clínica tengan preocupaciones serias sobre la

puesta en práctica de la enseñanza para posibilitar la expedición de recetas en el nivel de licenciatura (Evans y Murphy, 1997).

Servicios de salud mental sensibles a la cultura

Las proyecciones del Departamento del Censo de Estados Unidos indican que la tasa de crecimiento de la población para los blancos no hispanos entre los años 1995 y 2050 (7.4%) será la más baja de todos los grupos étnicos y raciales importantes en Estados Unidos. En contraste, sus proyecciones indican que la población negra se incrementará 69.5%, la población de nativos indios, 83.0%; la población hispana, 258.3%, y la población de origen asiático, 269.1 por ciento.

En una sociedad cada vez más pluralista como la de Estados Unidos, es urgente que se desarrollen servicios de salud mental que sirvan con eficacia a las necesidades de las minorías culturales, raciales y étnicas (Abe-Kim y Takeuchi, 1996; Shiang, Kjellander, Huang y Bogumill, 1998; D. W. Sue, 1990). Se puede afirmar el punto casi desde cualquier nivel: ético (por ejemplo, Pedersen y Marsella, 1982), económico, etcétera. Pero es esencial que se elaboren programas de enseñanza que produzcan terapeutas que hayan aprendido a considerar los factores culturales apropiados en su trabajo clínico con clientes de diversas culturas (Allison, Crawford, Echemendía, Robinson y Knepp, 1994; Comas-Díaz, 1992; López y cols., 1989; Mio y Morris, 1990). Por ejemplo, debemos encontrar formas de lograr que los hispanos tengan acceso a tratamientos exitosos —tratamientos sensibles a las características distintivas de la cultura hispana (Rogler, Malgady, Costantino y Blumenthal, 1987). Caben comentarios similares en el caso de los indios nativos (Willis, 1989), los afroamericanos (A. Jones, 1991) y los de origen asiático (Shiang y cols., 1998).

Con este propósito, S. Sue (1998) ha propuesto que los psicólogos clínicos y otros profesionales de la salud mental demuestren *competencia cultural*: un conocimiento y apreciación de otros grupos culturales y las habilidades para ser efectivos con miembros de estos grupos. Sue (1998) ha identificado tres características principales de la competencia cultural:

- *Disposición científica.* Los clínicos deben formular y probar hipótesis respecto al estado de sus clientes de cultura diferente; los clínicos no deben adherirse al "mito de la igualdad".
- *Evaluación dinámica.* Los clínicos deben ser hábiles para saber "cuándo generalizar y ser incluyentes, y cuándo individualizar y ser excluyentes" (p. 446). Esto permite al clínico evitar estereotipos y apreciar la importancia e influencia de la cultura en cuestión.
- *Experiencia en la cultura específica.* Los clínicos deben entender su propia cultura y perspectivas, tener conocimiento de los grupos culturales con quienes trabajan y, si es lo indicado, ser capaces de usar intervenciones culturalmente informadas.

De acuerdo con Sue (1998), estas características estarán presentes en diversos grados en los clínicos individuales. Los psicólogos clínicos deben desarrollar en forma activa estas habilidades a fin de lograr competencia cultural en su trabajo con diversos grupos de clientes o pacientes.

Del mismo modo, las cuestiones de género se han vuelto prominentes en años recientes (por ejemplo, Good, Borst y Wallace, 1994). Hemos escuchado cantidades cada vez mayores de reportes sobre explotación sexual de los clientes. Desde la época de Freud hasta el presente, parece haber problemas para capacitar terapeutas que sean sensibles a las experiencias vitales especiales del sexo opuesto (Gilbert, 1987). En particular, muchos psicólogos clínicos (hombres y mujeres por igual) reciben poca capacitación que se centre en las necesidades y experiencias únicas de las mujeres. En el futuro, debemos capacitar a los psicólogos clínicos para que reconozcan y entiendan tanto las diferencias de género como la *diversidad* cultural, y la forma en que se relacionan con el suministro de servicios de salud mental. Véase el sitio web 3-8 al final de este capítulo para encontrar un vínculo con los Lineamientos para proveedores de servicios psicológicos a poblaciones diversas (Guidelines for Providers of Psychological Services to Diverse Populations) de la Asociación Psicológica Estadounidense.

Normas éticas

Un criterio para medir la madurez de una profesión es su compromiso con un conjunto de normas éticas. La psicología fue pionera en el campo de la salud mental en el establecimiento de un código de ética formal. La APA publicó un código tentativo desde 1951; en 1953, publicó de manera formal *Ethical Standards of Psychologists* (APA, 1953). Han aparecido revisiones de estas normas en 1958, 1963, 1968, 1977, 1979, 1981, 1990 y 1992. Además, la APA ha publicado un registro de historias clínicas con relación a las normas éticas (APA, 1987a) y ha formulado una declaración de principios éticos que incluye la investigación psicológica con sujetos humanos (APA, 1982). Se elaboraron normas para los materiales de prueba (APA, 1966) y más tarde se actualizaron (APA, 1985). Por último, una gran colección de cuestiones éticas han sido discutidas por Keith-Spiegel y Koocher (1985), Eyde y cols. (1993), Bersoff (1995) y Koocher y Keith-Spiegel (1998).

La versión de 1992 de *Ethical Principles of Psychologists and Conduct* presenta seis principios generales al igual que normas éticas específicas para diversas actividades de los psicólogos clínicos: evaluación, intervención, terapia, actividades forenses, etc. (APA, 1992). El sitio web 3-7 proporciona un vínculo con el documento completo en línea. Los principios generales incluyen los siguientes:

- Competencia
- Integridad
- Responsabilidad profesional y científica
- Respeto por los derechos y dignidad de las personas
- Preocupación por el bienestar de los demás
- Responsabilidad social

Aunque estos principios generales no son reglas aplicables desde el punto de vista técnico, sirven para guiar las acciones de los psicólogos. Sin embargo, las *normas éticas* específicas son reglas de conducta aplicables. La aceptación como miembro de la APA conlleva el compromiso de apegarse a estas normas, varias de las cuales se exponen en las siguientes secciones. Por supuesto, la práctica clínica real y sus demandas cotidianas pueden generar decisiones y dilemas éticos que pondrían a prueba el juicio del más prudente en el campo. Además, los cambios en nuestra cultura a lo largo del tiempo pueden proporcionar un terreno cambiante que desafíe el juicio de un psicólogo clínico. Tómese por ejemplo el caso del recuadro 3-1.

Competencia

Las cuestiones de *competencia* tienen varios aspectos importantes (Pipes y Davenport, 1990). Primero, los clínicos deben presentar siempre su capacitación con precisión. Por tanto, los clínicos que no cuentan con el grado de doctorado nunca deben hacer creer a alguien que poseen el doctorado. No basta el simple hecho de ignorar que alguien se refiere a dicha persona como "doctor". Si un clínico está capacitado como psicólogo de consejería, así es como debe presentarse, no como psicólogo clínico. Los clínicos tienen la obligación de presentarse "en forma activa" de modo correcto respecto de su capacitación y a todos los demás aspectos de competencia. Esto significa también que los clínicos no deben intentar procedimientos de tratamiento o evaluación para los que carezcan de la capacitación específica o de experiencia supervisada. Cuando haya alguna duda sobre competencias específicas, es sensato buscar la supervisión de clínicos más experimentados.

Es igual de importante que los clínicos sean sensibles a las cuestiones de tratamiento o evaluación que podrían estar influidas por el género, origen étnico o racial, edad u orientación sexual de un paciente. Por último, en la medida en que los clínicos tengan problemas personales o puntos sensibles en su personalidad que pudieran afectar su desempeño, deben evitar que estos problemas influyan de manera adversa sus encuentros con los pacientes. Todos los aspectos de competencia son importantes, ya sea que signifiquen conocimiento, habilidad clínica, juicio clínico o habilidad interpersonal (Overholser y Fine, 1990).

Confidencialidad

Los clínicos tienen el deber ético claro de respetar y proteger la *confidencialidad* de la información del cliente. La confidencialidad es central para la relación entre el cliente y el psicólogo. Cuando se revela la información sin el consentimiento del cliente, la

RECUADRO 3-1

¿Son éticos los clínicos que aparecen en programas de psicología por radio o televisión?

En 1953, en las *Ethical Standards of Psychologists* (APA, 1953), se afirmaba:

> Principio 2.64-1. Es contrario a la ética ofrecer servicios psicológicos con el propósito de diagnóstico individual, tratamiento o publicidad, ya sea en forma directa o indirecta, por medio de conferencias o demostraciones públicas, artículos de periódicos o revistas, programas de radio o televisión, o medios similares.

En 1953, esta idea era bastante clara y parecía sensata. La asesoría profesional es algo individual. Debe adecuarse al individuo y no hay forma de que un clínico pueda hacerlo con base en una conversación de tres minutos con una persona que llama por teléfono a una estación de radio. Pero en 1953, había relativamente pocos programas de radio conducidos por clínicos que recibieran llamadas. Para 1982, había alrededor de 50 programas de radio que recibían llamadas conducidos por profesionales de la salud mental (D.A. Levy, 1989). Ahora, de seguro hay muchos más. Como en todas las profesiones, algunos conductores son frívolos, cómicos y, en general, malos clínicos. Otros parecen bastante hábiles, interesados y sinceros mientras aconsejan con firmeza que su interlocutor busque ayuda profesional.

Aparte de los niveles de audiencia elevados de los medios masivos de comunicación, es probable que ahora haya razones válidas para tener buenos programas con recepción de llamadas del público. Para muchas personas afligidas o en situación desventajosa, puede ser que estos programas sean la única ruta para obtener ayuda o apoyo. Los programas también pueden sensibilizar y educar a otros escuchas, ayudando a prevenir que se desarrollen o que empeoren los problemas. Para otros más, estos programas pueden proporcionar a quien llama el aliento o comprensión adicionales necesarios para buscar servicios profesionales.

La revisión que efectuó la APA en 1992 de las normas éticas refleja estos puntos permitiendo ahora dar "consejo", en lugar de "terapia", al aire.

confianza en la relación puede dañarse en forma irreparable. Los clínicos deben ser claros y abiertos sobre las cuestiones de confidencialidad y las condiciones en las cuales podrían quebrantarse. En el clima actual, no toda la información se considera "privilegiada". Por ejemplo, terceros (como las compañías de seguros) pueden estar pagando la terapia de un cliente y pueden demandar el acceso periódico a los expedientes con propósitos de revisión. En ciertas condiciones (por ejemplo, si lo ordena un tribunal), los registros escolares que incluyen datos de evaluación pueden ser accesibles a otros ajenos al sistema escolar. Cada vez más los clínicos están menos seguros de su capacidad para prometer una confidencialidad absoluta.

Otra cuestión es si toda la información *debe* ser confidencial. Tomemos, por ejemplo, el famoso caso *Tarasoff* de 1976. Los sucesos que condujeron a este caso comenzaron cuando un cliente en un centro de consejería universitario dijo a su terapeuta que planeaba matar a su novia. El terapeuta informó a la policía del campus de las intenciones del cliente y ésta se apresuró a ponerlo bajo custodia; pero debido a que la novia había salido de vacaciones, decidieron liberarlo. Más tarde, el cliente la mató. Luego, los padres de la mujer demandaron al terapeuta, a la policía y a la universidad, alegando que las tres partes habían sido negligentes al no informarles de la amenaza. El Tribunal Superior de California falló a favor de los padres, sosteniendo que el terapeuta fue negligente legalmente al no informar a todas las personas apropiadas de modo que se evitara la violencia. Esta decisión plantea cuestiones que pondrían a prueba el juicio de casi

A los psicólogos se les permite proporcionar consejos o comentarios por medio de programas de radio o televisión en tanto "tomen precauciones razonables para asegurar que 1) las declaraciones se basen en literatura y práctica psicológicas apropiadas, 2) las declaraciones sean consistentes con el Código de Ética y 3) los receptores de la información no son alentados a inferir que se ha establecido con ellos una relación personal" (APA, 1992, p. 1604).

¿Qué nos dice la investigación sobre el fenómeno de los programas que reciben llamadas del público? En un estudio se realizó una encuesta con 368 clientes de centros comerciales y se entrevistó a otras 122 personas que llamaron a un programa en Nueva York antes y después de que hablaran con el terapeuta del programa (Bouhoutsos, Goodchilds y Huddy, 1986). La mitad de la muestra admitió haber escuchado programas que recibían llamadas y consideró que los programas eran útiles e informativos. Incluso los oyentes que pensaban que tales programas *podían* ser perjudiciales, en general se mostraron entusiastas respecto a ellos. Aunque el punto está sujeto a varias interpretaciones, quienes llamaron reportaron sentirse mejor después de haber llamado. Muchos de ellos habían estado en terapia, así que estos programas no parecen ser un sustituto simple de la terapia "real". La mayoría de los oyentes consideró que los consejos dados eran útiles o educativos. En otro estudio llevado a cabo en Israel, los sujetos que recibieron ayuda de una clínica tuvieron actitudes más favorables hacia la ayuda que recibieron que los sujetos que llamaron a un programa de consejos por radio (Raviv, Raviv y Yunovitz, 1989). D.A. Levy (1989) ha encontrado que las respuestas de los conductores en los programas que reciben llamadas al menos son marginalmente útiles para quienes llaman y proporcionan una cantidad moderada de apoyo para ellos y los oyentes.

Así pues, la evidencia reciente sugiere que estos programas pueden ser útiles para algunas personas en algunas condiciones. Pero, ¿caen dentro de los lineamientos éticos? Es una pregunta difícil debido a que la evidencia sugiere que la distinción entre consejo personal y servicios terapéuticos se disipa cuando analizamos las interacciones verbales en estos programas (Henricks y Stiles, 1989). Además, algunos sienten que la profesión de la psicología resulta perjudicada cuando los psicólogos asisten a uno de los muchos programas de entrevista sensacionalistas de la televisión (Sleek, 1995b).

cualquier clínico. Lo que hace todo esto aún más ambiguo es que los precedentes legales difieren en varios estados. Los clínicos no sólo deben decidir cuándo y a quién informar y en qué circunstancias; también deben tratar de determinar si la decisión en el caso *Tarasoff* se aplica en su estado. A pesar de los años que han pasado desde que el caso *Tarasoff* fue juzgado, todavía existe confusión e incertidumbre acerca de cuándo están obligados los clínicos a romper la confidencialidad y activar su "deber de proteger".

La confidencialidad supone otras numerosas complicaciones. Por ejemplo, ¿qué hay del trabajo con niños? En ocasiones, la adhesión a reglas estrictas de confidencialidad podría significar que los padres no pueden integrarse al plan de tratamiento en una forma útil (Taylor y Adelman, 1989). Las cuestiones de confidencialidad también pueden surgir cuando los clínicos están tratando pacientes con sida (Lamb, Clark, Drumheller, Frizzell y Surrey, 1989; Knapp y VandeCreek, 1990; C.F. Morrison, 1989; Scott y Borodovsky, 1990; Totten, Lamb y Reeder, 1990).

Al parecer, el público lego cree en el principio e importancia de la confidencialidad. Pero también entiende que las confidencias pueden revelarse en casos de sospecha de abuso infantil, suicidio o posible asesinato y otras situaciones que potencialmente amenazan la vida. La mayoría de los clínicos está de acuerdo. Sin embargo, sólo en situaciones donde sienten que necesitan consultar con un colega o han tenido un cliente potencialmente peligroso están dispuestos a considerar la revelación sin el consentimiento del cliente.

Por último, vale la pena señalar que un fallo de la Suprema Corte de 1996 en el caso de *Jaffe contra Redmond* reglamenta la *comunicación privilegiada* entre los profesionales de la salud mental con licencia y los pacientes adultos en psicoterapia. Por consiguiente, al menos en los tribunales federales, es necesario el consentimiento del paciente en psicoterapia para revelar sus expedientes, comunicaciones y documentos relacionados o vertidos durante la psicoterapia. En esencia, la decisión de la Suprema Corte refuerza la opinión de que es importante la privacidad en la psicoterapia. Sin embargo, debido a que esta decisión no necesariamente sustituye a las leyes estatales o a las decisiones de los tribunales estatales, los psicólogos clínicos deben ponerse al corriente de las leyes de su estado respecto de la confidencialidad y la comunicación privilegiada en la psicoterapia. La decisión en el caso *Jaffe contra Redmond* y sus connotaciones han sido comentadas en forma extensa por DeBell y Jones (1997) y Knapp y VandeCreek (1997).

Bienestar del paciente

Las relaciones duales plantean muchas cuestiones éticas relacionadas con el *bienestar del paciente*. Las actividades sexuales con pacientes, emplear a un paciente, venderle un producto o incluso volverse amigo de él después de la terminación de la terapia son comportamientos que pueden conducir con facilidad a la explotación o perjuicio del paciente. Aunque quizá no son muy comunes, es claro que estos acontecimientos son problemáticos para la profesión (Borys y Pope, 1989). Las aventuras sexuales pueden ser igual de perjudiciales en una relación de supervisión (Bartell y Rubin, 1990).

La peor de estas relaciones duales son las intimidades sexuales entre paciente y psicólogo. Que quede bien claro: los principios éticos condenan claramente este comportamiento. Lo que es alarmante aquí es el incremento dramático en el número de quejas presentadas contra psicólogos por faltas sexuales (Gottlieb, Sell y Schoenfeld, 1988). De acuerdo con una encuesta, casi 45% de los clínicos siente que las relaciones íntimas con los pacientes son poco éticas. Pero lo que es atemorizante es que más de 31% consideró dichas relaciones ni éticas ni poco éticas, ¡y casi 24% consideró las intimidades sólo *un poco* carentes de ética (Akamatsu, 1988)! Estas estadísticas son perturbadoras e indican la necesidad de un mayor énfasis en los programas de enseñanza sobre el daño que se provoca al tener relaciones íntimas con los pacientes.

Otro aspecto del bienestar del paciente entraña la disposición de los clínicos para terminar la terapia cuando ya no es de ayuda para el sujeto. En un caso enviado a un comité de ética, un psicólogo clínico había estado tratando a un niño en forma continua por más de dos años y había informado al padre que serían necesarios dos años más de terapia. Un comité de revisión decidió que el tratamiento no era consistente con el diagnóstico y que no había evidencia de un progreso razonable (APA, 1981).

Aunque estos principios éticos no requieren de manera explícita que los clientes sean informados de sus derechos, esta cuestión ha recibido mucha atención en fechas recientes (Pope, 1990). Los aspectos aplicables de los derechos de los pacientes incluyen (Talbert y Pipes, 1988):

- El derecho a cambiar de terapeutas
- Las posibilidades de envío a otros psicólogos
- La mención de servicios comunitarios como otra opción
- El derecho a terminar la terapia
- El riesgo de experimentar emociones desagradables durante la terapia
- El riesgo de cambios en las relaciones personales (por ejemplo, con un cónyuge)
- Límites de confidencialidad
- Otros riesgos, derechos e información

Regresaremos a este tema en capítulos posteriores cuando comencemos nuestra exposición de la terapia.

¿Qué tipos de dilemas éticos enfrentan con mayor frecuencia los psicólogos? Esta cuestión fue abordada en un estudio de Pope y Vetter (1992). Para evaluar los "incidentes éticos problemáticos" más comunes, los autores encuestaron una muestra seleccionada al azar de miembros de la Asociación Psicológica Estadounidense. Alrededor de 80% de los que respondieron indicó que había encontrado al menos uno de tales incidentes en el año o los dos años anteriores. El tipo de dilema ético más reportado se refería a la confidencialidad (violar la confidencialidad debido a riesgos reales o potenciales a terceros, sospecha de abuso sexual u otras

razones). Los incidentes que suponían relaciones confusas, duales o conflictivas ocuparon el segundo lugar en la frecuencia de los reportes (mantener los límites terapéuticos con los pacientes, relaciones personales frente a profesionales con los pacientes). La tercera categoría más citada fue la fuente de los pagos, planes, escenarios y métodos (como una cobertura de seguro inadecuada para pacientes con necesidades urgentes). Otras áreas en que surgieron incidentes éticos problemáticos incluyeron dilemas de capacitación y enseñanza, psicología forense, investigación, conducta de colegas, cuestiones sexuales, evaluación, intervenciones cuestionables o perjudiciales, y competencia.

Cada vez hay más vigilancia sobre los psicólogos, sean investigadores de laboratorio o clínicos practicantes, en busca de evidencia de violaciones éticas. Las cuestiones éticas en la investigación o en la práctica no siempre son fáciles de resolver, ni tampoco lo es supervisar las violaciones. Pero si la psicología clínica ha de sobrevivir como profesión, debe encontrar formas de asegurar la adhesión a las normas más elevadas de conducta.

Resumen del capítulo

Muchos problemas contemporáneos desafían al campo de la psicología clínica. Primero, se dispone de varios modelos de enseñanza, cada uno con intereses y resultados diferentes. Es claro que el modelo de profesionista científico es el más popular, pero algunos se han desilusionado de este modelo y cuestionan que pueda lograrse una verdadera integración de la ciencia y la práctica. Varios modelos de enseñanza que enfatizan la práctica de la psicología clínica (el grado de doctor en psicología, las escuelas profesionales) han ganado popularidad en años recientes. Por último, el modelo de enseñanza del científico clínico representa un modelo alternativo que enfatiza la investigación y los enfoques con apoyo empírico para la evaluación y la intervención.

La regulación profesional de los psicólogos clínicos comprende métodos dirigidos a la protección del interés público y el aseguramiento de la competencia. La certificación y el otorgamiento de licencias ocurren en el ámbito estatal y son intentos por hacer que el público reconozca a los psicólogos clínicos considerados bien capacitados y competentes. La ABPP y la inclusión en el National Register son formas más avanzadas de certificación buscadas por algunos psicólogos clínicos.

Aunque un gran porcentaje de psicólogos clínicos trabaja en la práctica privada, los cambios en la atención de la salud sugieren que ésta, como la conocimos alguna vez, nunca será la misma. De manera específica, la mayoría de los estadounidenses se inscribe en planes de atención subsidiada que, en general, limitan el número de sesiones, las tarifas de reembolso y las condiciones que pueden recibir tratamiento (y son reembolsables). Esta "revolución" afectará las funciones y actividades de los psicólogos clínicos en el futuro. Otra cuestión que se ha debatido en forma acalorada por la probabilidad que tiene de afectar la enseñanza clínica en el futuro es la búsqueda de privilegios para expedir recetas. Esta búsqueda puede redefinir el campo y requiere un examen detenido importante de los planes de estudio de la enseñanza en el doctorado.

En este capítulo también hemos explorado los temas de la competencia y la sensibilidad culturales. En una sociedad cada vez más pluralista, los psicólogos clínicos deben estar capacitados para desarrollar servicios de salud mental que sean apropiados y efectivos para varios grupos culturales. Por último, hemos presentado un panorama de las normas éticas de las que se considera responsables a los psicólogos clínicos, incluyendo cuestiones de competencia, confidencialidad y bienestar de los clientes.

Términos clave

Academia de la Ciencia Clínica Psicológica (Academy of Psychological Clinical Science) Organización de programas de psicología clínica y sitios de internado de psicología clínica comprometidos con el modelo de enseñanza del científico clínico. La academia está afiliada a la Sociedad Psicológica Estadounidense (American Psychological Society; APS).

atención subsidiada Enfoque corporativo dirigido a la obtención de ganancias a partir de la atención de la salud (y de la salud mental) que intenta contener los costos controlando la duración y frecuencia de la utilización de servicios, restringiendo los tipos de servicio proporcionados y requiriendo documentación de la necesidad y eficacia del tratamiento.

bienestar del cliente Principio ético que exige a los psicólogos respetar la integridad de sus clientes y evitar la explotación de la relación. Este principio abarca

normas éticas como evitar entrar en relaciones duales con el paciente y descontinuar el tratamiento cuando es evidente que el tratamiento ya no es benéfico.

caso Tarasoff Caso trascendental de 1976 en que el Tribunal Superior de California declaró culpable de negligencia a un terapeuta por no informar a todas las partes apropiadas de la intención de un cliente de hacer daño. Este caso estableció desde el punto de vista legal el "deber de proteger" de un terapeuta.

certificación Regulación profesional que prohíbe a las personas llamarse psicólogos mientras ofrecen sus servicios al público a cambio de honorarios, a menos que estén certificados por un consejo estatal de examinadores.

competencia Principio ético que exige que los psicólogos reconozcan los límites de su experiencia profesional y se mantengan actualizados de la información pertinente para los servicios que proporcionan.

competencia cultural Conocimiento y apreciación de otros grupos culturales y las habilidades para ser efectivo con miembros de estos grupos.

confidencialidad Principio ético que exige que los psicólogos respeten y protejan la información que comparten con ellos los pacientes. Podrán revelar esta información sólo con el consentimiento del paciente (excepto en casos extraordinarios en que no revelarla coloque al cliente o a otros en un riesgo evidente de daño).

Consejo Estadounidense de Psicología Profesional (American Board of Professional Psychology; ABPP) Organización que ofrece certificación de la competencia profesional en muchas especialidades de la psicología. La certificación de la ABPP puede buscarse después de cinco años de experiencia posdoctoral y se concede con base en un examen oral, el manejo observado de un caso y registros de casos anteriores.

diversidad Presencia de diferencias, o variedad (como en "diversidad cultural").

grado de doctor en psicología (Psy. D.) Título avanzado en psicología, con un interés relativo en las habilidades clínicas y de evaluación y una desestimación relativa de la competencia en la investigación.

licencia Regulación profesional que es más rigurosa que la certificación. No sólo especifica la naturaleza del título y capacitación requeridos para el otorgamiento de la licencia, sino las actividades profesionales que pueden ofrecerse a cambio de honorarios.

modelo del científico clínico Modelo de enseñanza que fomenta la capacitación rigurosa en métodos de investigación empírica y la integración de principios científicos en la práctica clínica.

modelo del profesionista científico Modelo de enseñanza predominante para los psicólogos clínicos (también conocido como modelo Boulder). Se esfuerza por producir profesionales que integren las funciones de científico y practicante (es decir, que practiquen la psicoterapia con habilidad y sensibilidad y realicen investigaciones sobre las hipótesis que han generado a partir de sus observaciones clínicas).

normas éticas En lo que se refiere a los psicólogos, reglas aplicables de conducta profesional identificadas por la APA.

Organización de Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization; HMO) Sistema de atención subsidiada que emplea un número restringido de proveedores para atender a los suscriptores. En un sistema de este tipo, los costos de todos los servicios son fijos.

Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization; PPO) Sistema de atención subsidiada que contrata proveedores externos para proporcionar servicios a sus miembros. A estos proveedores externos se les reembolsan sus servicios con una tarifa con descuento a cambio de una cantidad mayor de envíos de miembros.

privilegios para expedir recetas Capacidad legal para recetar medicamentos. En la actualidad hay un debate acalorado entre los psicólogos clínicos respecto de lo deseable de obtener este privilegio.

programas combinados de enseñanza profesional y científica Modelo de enseñanza que ofrece una especialidad combinada en psicología clínica, consejería y escolar.

Sitios web de interés

3-1 Consejo Estadounidense de Psicología Profesional (American Board of Professional Psychology)

www.biof.com/americanpsychology.html

3-2 Asociación de Consejos Estatales y Provinciales de Psicología (Association of State and Provincial Psychology Boards)

www.asppb.org

3-3 Consejo Nacional de Escuelas y Programas de Psicología Profesional (National Council of Schools and Programs of Professional Psychology)

www.am.org/ncspp

3-4 Academia de la Ciencia Clínica Psicológica (Academy of Psychological Clinical Science)

www.arizona.edu/~psych/apcs/apcs.html

3-5 Registro Nacional de Proveedores de Servicios de Salud en Psicología (National Register of Health Services Providers in Psychology)

www.nationalregister.com/newmenu.html

3-6 Ejemplo de requisitos para la licencia: Missouri

www.mopsych.org/legal/licensing.htm

3-7 Principios éticos y código de conducta de los psicólogos de la Asociación Psicológica Estadounidense (American Psychological Association Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct)

www.apa.org/ethics/code.html

3-8 Lineamientos de la APA para proveedores de servicios psicológicos a poblaciones étnica, lingüística y culturalmente diversas (APA Guidelines for Providers of Psychological Services to Ethnic, Linguistic, and Culturally Diverse Populations)

www.apa.org/pi/oema/guide.html

CAPÍTULO CUATRO

Métodos de investigación en la psicología clínica

PREGUNTAS PRINCIPALES

1. ¿Cuáles son las ventajas y limitaciones del método de estudio de caso?
2. ¿Cuáles son las ventajas y limitaciones del método de correlación?
3. ¿Cuáles son las ventajas y limitaciones de los estudios longitudinales?
4. ¿Cuáles son los componentes básicos del método experimental?
5. ¿Cuáles son los principales problemas éticos que deben considerarse cuando se realiza una investigación clínica?

RESEÑA DEL CAPÍTULO

Durante mucho tiempo, el modelo del profesional científico ha sido la filosofía preeminente en la enseñanza de los psicólogos clínicos. Este modelo de enseñanza les ha permitido convertirse en expertos en investigación en muchos equipos de salud mental. Sin importar si se han convertido en investigadores activos o en consumidores activos de la investigación, los métodos de investigación son preocupaciones fundamentales de ambos grupos. Incluso los psicólogos clínicos que atienden clientes de tiempo completo en la práctica privada deben tener conocimiento y dominio de los métodos de investigación. Estas habilidades les permiten valorar diferentes enfoques para la evaluación y la intervención, y elegir, en última instancia, los que ofrezcan mayor probabilidad de resultar útiles y efectivos.

En este capítulo presentamos un breve panorama de algunos de los métodos, estrategias y problemas principales en la investigación clínica. Las cuestiones específicas de investigación (por ejemplo, estudios de resultados de la terapia) se abordan en puntos apropiados más adelante en el libro. Pueden encontrarse exposiciones más completas y técnicas acerca de los métodos de investigación en psicología clínica en muchos lugares (por ejemplo, en Kazdin, 1992, 1998; Sher y Trull, 1996).

Introducción a la investigación

Alguien comentó alguna vez que una parte importante de la enseñanza clínica consistía en borrar el concepto erróneo de los estudiantes acerca de las razones de la gente para comportarse de la manera en que lo hace. Por ejemplo, ¿son verdaderas las siguientes afirmaciones?

1. Si los pacientes hablan de suicidio, significa que no lo intentarán.
2. Eliminar los síntomas de los pacientes sin proporcionarles cierto discernimiento al respecto significa que volverán más tarde en otra forma.
3. Las pruebas proyectivas evitan que los pacientes manejen con éxito las impresiones que desean transmitir.
4. Todo lo que una persona necesita para convertirse en un buen terapeuta es una actitud cuidadosa y empática.

Todos son lugares comunes que una vez tuvieron —y, en cuanto a eso, siguen teniendo— algunas personas, clínicos y legos por igual. ¿Son verdaderos? Es probable que no. La investigación que emplea los métodos descritos en este capítulo puede arrojar luz sobre éstas y muchas otras cuestiones.

El comportamiento humano es muy complejo, a tal grado que abundan las teorías que lo explican. Demasiados factores afectan una conducta determinada en cierto momento, en un lugar específico, de modo que debemos mostrarnos escépticos con las explicaciones que parecen simples o inevitables. De hecho, un escepticismo saludable es una fuerza conductora que está detrás de la búsqueda del conocimiento por parte de los científicos o de la búsqueda de maneras cada vez más efectivas de servir a los pacientes por parte de los clínicos.

Debido a que con frecuencia las explicaciones sencillas, simples o tradicionales son erróneas o incompletas, han evolucionado métodos cada vez más complejos para generar explicaciones satisfactorias de la conducta. En la actualidad empleamos mejores métodos para efectuar los tipos de observaciones sistemáticas acerca del comportamiento que puede verificarse en forma pública. Estos métodos han cambiado con los años y seguirán haciéndolo en el futuro: no hay métodos científicos perfectos o inevitables. No obstante, de algún modo las ideas, hipótesis o corazonadas se deben enunciar con claridad y precisión para que otros observadores puedan ponerlas a prueba. Sólo son satisfactorias las ideas que pueden expresarse de forma que ofrezcan una oportunidad clara para ser refutadas.

La investigación tiene varios propósitos. Primero que todo, nos permite escapar de la esfera de la especulación pura o de la apelación a la autoridad; por ejemplo, no sólo argumentamos si una terapia cognoscitiva conductual funciona, sino que conducimos el tipo de investigación que *demuestra* su efectividad o su carencia de ella. Las preguntas se establecen en el foro de la observación objetiva y de lo que puede verificarse de manera pública. Al final del gran recorrido, tales procedimientos son mejores vehículos para dirimir los problemas que las simples apelaciones a la razón. Estos procedimientos de investigación nos permiten acumular hechos, establecer la existencia de relaciones, identificar causas y efectos, y generar los principios que están detrás de aquellos hechos y relaciones.

La investigación también nos ayuda a extender y modificar teorías, así como a establecer su parsimonia y utilidad. Existe una relación íntima entre teoría e in-

vestigación: la primera estimula y guía la investigación que efectuamos, pero los resultados de ésta también modifican las teorías. Por ejemplo, Aaron Beck, pionero del estudio de la depresión, observó hace muchos años que los pacientes deprimidos exhiben con frecuencia características de personalidad que podrían clasificarse en uno de dos tipos: sociotrópico (dependiente social en exceso) y autónomo (orientado a los logros en exceso). Al principio, Beck propuso que los rasgos de sociotropía extrema o de autonomía extrema predisponen a una persona a la depresión. No obstante, la investigación subsiguiente no apoyó esta proposición. Los investigadores encontraron que había individuos que presentaban sociotropía extrema o autonomía extrema, pero que no eran depresivos. Estos resultados desafiaron la teoría inicial de Beck y condujeron a un replanteamiento acerca de cómo se pueden relacionar la personalidad y la depresión. La teoría revisada, denominada hipótesis de congruencia, propone que lo que conduce a la depresión es la interacción entre el estilo de personalidad (sociotrópica o autónoma) y la experiencia de acontecimientos negativos de la vida relacionados en forma temática (Beck, 1983). De manera específica, esta teoría predice que una persona altamente sociotrópica que experimenta relaciones fallidas (acontecimientos negativos bastante sobresalientes para una persona muy dependiente) se volverá depresiva, mientras que esto no es forzoso para una persona muy autónoma (para quien estos tipos particulares de acontecimientos negativos son menos relevantes). En otras palabras, los acontecimientos negativos de la vida deben ser *congruentes* con el estilo de personalidad de uno para que la depresión se desarrolle. En general, los resultados de la investigación han apoyado más la teoría revisada de Beck (por ejemplo, Bartelstone y Trull, 1995; C. J. Robins, 1990).

Este ejemplo ilustra la forma en que la investigación puede informar a nuestras teorías en un tipo de sistema de retroalimentación espiral. Desde luego, la razón última para la investigación es el mejoramiento de nuestra capacidad para predecir y entender la conducta, los sentimientos y los pensamientos de la gente atendida por los psicólogos clínicos. En el análisis final, sólo una mejor investigación nos permitirá intervenir de manera sensata y efectiva.

Métodos

Como se señaló antes, hay muchos métodos de investigación, cada uno con sus ventajas y limitaciones. En consecuencia, ninguno, por sí solo, responderá todas las preguntas de manera definitiva. Pero varios métodos juntos pueden extender de manera significativa nuestra capacidad de entender y predecir. Comenzamos con un panorama de las muchas formas de observación utilizadas por los científicos clínicos. Luego resumimos los enfoques epidemiológico y de correlación, los enfoques longitudinales frente a los enfoques de corte transversal, el método experimental clásico, los diseños de caso individual y, por último, los diseños mixtos.

Observación

El más básico y penetrante de todos los métodos de investigación es la observación. Los enfoques experimental, de estudio de caso y naturalista incluyen observar lo que alguien está haciendo o ha hecho.

Observación asistemática. La observación casual ayuda poco a establecer una base sólida de conocimiento. No obstante, a través de ella desarrollamos hipótesis que al final se pueden someter a prueba. Por ejemplo, supongamos que un clínico se da cuenta, en varias ocasiones, de que cuando un paciente se esfuerza o tiene dificultades con alguna pregunta específica durante una prueba de rendimiento, el efecto parece perdurar hasta la siguiente pregunta y afectar de manera adversa el desempeño. Esta observación lleva al clínico a formular la hipótesis de que el desempeño podría mejorarse asegurándose de que a cada pregunta fallida le siga una pregunta sencilla en la cual sea muy probable que el paciente tenga éxito. Esto debe contribuir a fomentar la seguridad del paciente y, por tanto, a mejorar el desempeño. Para probar esta predicción, el clínico podría aplicar una versión experimental de la prueba de rendimiento, en la cual a las preguntas difíciles les sigan preguntas sencillas. Entonces sería relativamente fácil desarrollar un estudio que probara esta hipótesis en una muestra representativa de pacientes.

Observación naturalista. Aunque se lleva a cabo en escenarios de la vida real, la *observación naturalista* es más sistemática y rigurosa que la anterior. No es casual ni de libre conducción, sino planificada con cuidado y anticipación. No obstante, el observador no ejerce un control real, sino que está en gran medida

a merced de los acontecimientos que fluyen de manera libre. Con frecuencia, las observaciones se limitan a unos pocos individuos o situaciones. De esta manera, puede resultar incierto cuán lejos se puede generalizar hacia otras personas o situaciones. También es posible que a mitad de la observación o de la grabación de las respuestas, el observador interfiera o influya, de manera inadvertida, en los acontecimientos en estudio.

Un ejemplo de estudio que utiliza el método de observación naturalista podría ser la investigación del comportamiento de un paciente en un hospital psiquiátrico. Quizá una unidad en particular del hospital esté compuesta por pacientes programados para someterse ese día a terapia electroconvulsiva (TEC). La labor del clínico es concentrarse en diez pacientes y observar a cada uno durante dos minutos cada media hora. Este estudio de observación podría producir datos interesantes acerca de las reacciones de los pacientes antes de una TEC. Pero, con sólo diez pacientes de este hospital en particular, ¿pueden hacerse generalizaciones amplias? ¿Las reacciones de estos pacientes son similares a las de aquellos en otros hospitales u otras unidades en que la atmósfera puede ser muy diferente? ¿O se percataron los pacientes de la presencia del observador y pudieron alterar sus reacciones acostumbradas para impresionarlo de algún modo?

Los investigadores comprometidos con métodos experimentales más rigurosos con frecuencia condenan la observación naturalista por estar muy poco controlada; pero este juicio puede ser demasiado severo. Como ocurre con la observación no sistemática, puede servir como una fuente rica de hipótesis que más adelante pueden someterse a un cuidadoso escrutinio. La observación naturalista coloca a los investigadores más cerca de los fenómenos reales que les interesan. Evitan la naturaleza prefabricada y artificial de muchos escenarios experimentales. Por ejemplo, a pesar de sus sentimientos acerca de la teoría psicodinámica, muchos reconocen que las habilidades de observación clínica de Freud eran extraordinarias. Freud utilizó sus poderes de observación para construir una de las teorías más arrasadoras y de mayor influencia en la historia de la psicología clínica. Es importante recordar que no disponía de pruebas objetivas, de impresiones de computadora ni de métodos experimentales complejos; con lo que contaba era una capacidad impresionante de observar, interpretar y generalizar.

Observación controlada. Para enfrentar en parte las críticas anteriores a la observación no sistemática y a la naturalista, algunos investigadores clínicos utilizan la *observación controlada*. Dado que puede llevarse a cabo en el campo o en escenarios más o menos naturales, el investigador ejerce cierto grado de control sobre los acontecimientos. La observación controlada tiene una larga historia en la psicología clínica. Por ejemplo, una cosa es hacer que los pacientes hablen con los clínicos acerca de sus temores o respondan preguntas en un cuestionario y otra enfrentarlos con éstos. Sin embargo, Bernstein y Nietzel (1973) estudiaron la naturaleza de las fobias a las serpientes colocando a los participantes en el estudio ante serpientes de verdad y, luego, variando la distancia que había entre el sujeto y el reptil. Esta observación controlada les permitió obtener alguna información real de la naturaleza de las reacciones de los participantes. La observación controlada también puede utilizarse para valorar los patrones de comunicación entre parejas o cónyuges. En vez de basarse en los informes personales de las parejas afligidas sobre sus problemas de comunicación, los investigadores pueden escoger observar en realidad los estilos de comunicación en un escenario controlado. De manera específica, se puede pedir a ambos que discutan e intenten resolver un problema menor del tipo que ellos elijan (por ejemplo, que uno gaste demasiado dinero en cosas innecesarias), mientras que los investigadores observan o graban en video la interacción desde la parte trasera de un espejo de una sola vista. Aunque no sustituye a la observación naturalista de los problemas ni a la resolución de problemas en el hogar, los investigadores han encontrado que este método de observación controlada es un medio práctico y con una buena relación costo-beneficio para valorar los patrones de interacción de las parejas.

Estudios de caso. El *método de estudio de caso* es el estudio intensivo de un cliente o paciente que está en tratamiento. Bajo el encabezado de estudios de caso incluimos material de entrevistas, respuestas a pruebas y registros de tratamientos. Tal material también podría incluir información biográfica y autobiográfica, cartas, diarios, información del curso de la vida, historiales médicos y más. Por tanto, los estudios de caso comprenden el estudio intensivo y la descripción de una persona. Durante mucho tiempo estos estudios han sido notables en el estudio de la conducta anormal y en la descripción de métodos de tratamiento. Su gran valor reside en su riqueza como fuentes po-

RECUADRO 4-1

Lo que pueden decirnos los estudios de caso sobre las fobias y los traumas tempranos

1. Las fobias específicas son temores irrazonales y desproporcionados respecto de cualquier peligro real para el individuo. Muchos teóricos del aprendizaje creen que las fobias específicas se adquieren por medio del condicionamiento clásico. Como un experimento prototípico, estos teóricos citan con frecuencia el estudio clásico de Watson y Rayner (1920) del pequeño Albert, quien fue condicionado para temer a las ratas blancas al descubrir que cada que empezaba a jugar con una, ocurría un ruido fuerte y desagradable. A lo largo de los ensayos, Albert desarrolló lo que parecía ser una fobia abierta a las ratas y a objetos peludos similares.

No obstante, Davison y Neale (1998) han hecho notar que, a pesar de lo que parece enseñarnos la teoría del aprendizaje, las historias y los informes clínicos no apoyan el modelo del pequeño Albert. Mientras que algunas fobias se pueden desarrollar de esa manera, otras suelen ocurrir sin alguna experiencia aterradora previa de la situación. Los individuos que temen a los elevadores, a las serpientes o a los lugares altos, rara vez reportan alguna primera mala experiencia con tales lugares o cosas. No está claro que la investigación de laboratorio sobre fobias específicas se realice en escenarios tan reales como para que los investigadores puedan decir que el laboratorio imita la vida real.

2. Todo mundo "sabe" que el trauma temprano en la niñez quizá nos predisponga a la infelicidad y al fracaso. Tomemos el siguiente ejemplo:

> Una chica simple y carente de gracia, cuya madre favorecía a sus dos hermanos más pequeños y la regañaba creándole sentimientos constantes de verguenza y alejamiento, y cuyo padre abandonó el hogar cuando era pequeña. Su madre murió cuando la niña tenía nueve años, dejándola al cuidado de su abuela, la cual la mantenía alejada de otros niños y la deprivó de la mayor parte de su niñez. Esta niña estaba tan sola que sus únicas búsquedas eran leer, soñar despierta y caminar.

Una persona así debía estar dispuesta al fracaso y a los problemas emocionales, o quizá destinada a convertirse en una inadaptada social (White, 1976). Pero, tal como White preguntó con ironía, ¿a quién estamos describiendo? No es otra que Eleanor Roosevelt, descrita por White como "la campeona de los pobres y de los oprimidos; y al final [se convirtió en] presidente [sic] del comité que redactó la Declaración de Derechos Humanos de las Naciones Unidas" (White, 1976, p. 522).

tenciales de entendimiento y como generadores de hipótesis. Pueden servir como excelentes preludios para la investigación científica (véase el recuadro 4-1).

Con los años, muchos estudios de caso han sido de gran peso para entender los fenómenos clínicos. En seguida se presentan algunos ejemplos clásicos:

El caso de Dora (Freud, 1905/1953a) nos enseñó acerca del concepto de resistencia en la terapia.

El caso del pequeño Hans (Freud 1909/1955) amplió nuestro entendimiento de la psicodinámica de las fobias.

Los tres rostros de Eva (Thigpen y Cleckley, 1957) esbozó la anatomía de las personalidades múltiples.

La máscara de la cordura (Cleckley, 1964) nos proveyó de descripciones detalladas de la vida de los psicópatas.

Casos de modificación de la conducta (Ullman y Krasner, 1965) demostró la eficacia de los tratamientos conductuales en casos individuales.

Es probable que nada pueda suplantar nunca al estudio de caso como una forma de ayudar a los clínicos a entender a ese paciente único que se sienta

delante de ellos. Como sostuvo Allport (1961) de manera tan apremiante: los individuos se deben estudiar de forma individual. Los estudios de caso han sido útiles en especial para 1) proveer descripciones de fenómenos raros o inusuales, o métodos nuevos y distintivos de entrevista, evaluación o tratamiento de los pacientes; 2) refutar información conocida o aceptada de manera "universal", y 3) generar hipótesis susceptibles de comprobación (Davison y Neale, 1998). (Véase el recuadro 4-2.)

El método de estudio de caso tiene su reverso. Por ejemplo, es difícil emplearlo para elaborar leyes universales o principios conductuales que se apliquen a todos. Asimismo, un estudio de caso no puede conducir a conclusiones de causa y efecto debido a que los clínicos no pueden controlar variables importantes que han operado en ese caso. Por ejemplo, un paciente se puede beneficiar muchísimo de una terapia psicodinámica por razones que tienen menos que ver con el método de terapia que con las características de la personalidad de ese paciente. Sólo la investigación controlada subsiguiente puede precisar las causas exactas del cambio o los factores que influyen en él.

Investigación epidemiológica

Epidemiología es el estudio de la extensión, frecuencia y distribución de los males o enfermedades en una población determinada. Varios términos se emplean de manera común en ella: la *incidencia* se refiere a la tasa de casos *nuevos* de enfermedad que se desarrollan en un periodo determinado, en tanto que la *prevalencia* se refiere a la tasa total de casos (viejos o nuevos) dentro de un periodo dado. La incidencia da algún sentido acerca de si la tasa de casos nuevos de la enfermedad o el trastorno se está incrementando (por ejemplo, ¿está aumentando la tasa de casos nuevos de sida diagnosticados este año en comparación con el anterior?). Las tasas de prevalencia estiman qué porcentaje de la población objetivo se ve afectado por la enfermedad o el trastorno. Por ejemplo, la tasa de prevalencia de la esquizofrenia durante la vida se estima en 1%, lo cual sugiere que un integrante de la población general tiene una oportunidad de 1 en 100 de desarrollar este trastorno en su vida.

A través de la historia, la epidemiología se ha asociado de cerca con la investigación médica diseñada para ayudar a entender y controlar las principales enfermedades epidémicas, como el cólera y la fiebre amarilla. El simple conteo de casos es fundamental para este método de investigación. La expectativa es que analizar la distribución de casos en una comunidad o en una región y descubrir las características distintivas de los individuos o grupos afectados nos enseñará algo acerca de las causas de una enfermedad particular y de los métodos a través de los cuales se extiende. Los métodos epidemiológicos también pueden ser de gran importancia en la identificación de grupos de individuos que están en riesgo.

Un ejemplo bien conocido de investigación epidemiológica es el estudio *Smoking and Health* (Surgeon General, 1964), el cual vinculó el hábito de fumar cigarrillos con el cáncer de pulmón a través de los simples métodos de contar y correlacionar. Aunque surgió un gran debate en cuanto a si era el hábito de fumar el que *ocasionaba* el cáncer de pulmón, se establecieron relaciones y asociaciones definitivas entre el tabaquismo y dicho trastorno (por ejemplo, alrededor de 90% del cáncer de pulmón en hombres se asoció con el hábito de fumar, y la cantidad y duración del hábito se correlacionaron de manera positiva con la probabilidad de contraer cáncer). Es cierto que la investigación epidemiológica con frecuencia sugiere la posibilidad de causalidad múltiple (deben presentarse varios factores antes de que la enfermedad ocurra; o, a mayor número de factores asociados presentes, mayor riesgo de adquirir la enfermedad). También es cierto que las correlaciones obtenidas *sugieren* causas en vez de demostrar la causalidad. No obstante, no necesita conocerse toda la historia de la causalidad antes de emprender pasos preventivos. Por tanto, puede ser que no estemos seguros de que el tabaquismo ocasione cáncer pulmonar o podemos creer que alguna predisposición hereditaria interactúa con el tabaquismo para producirlo; no obstante, sabemos que los grupos de fumadores que dejan el hábito reducen el riesgo de contraer cáncer pulmonar.

Como otro ejemplo, en el área de la enfermedad mental varios estudios han señalado la relación entre la esquizofrenia y la clase socioeconómica o los factores de desorganización social (Faris y Dunham, 1939; Hollingshead y Redlich, 1958). De nuevo, aunque tales estudios con dificultad transmiten la esencia de la esquizofrenia, nos hablan de factores demográficos importantes asociados con su prevalencia. Armados con esta información, los clínicos pueden identificar gente con alta vulnerabilidad potencial a la esquizofrenia y establecer programas es-

RECUADRO 4-2

Cómo generar hipótesis a partir de la terapia

El primero que describió el caso de Karl S. fue Phares (1976). Karl era un soltero veterano remitido a la clínica de pacientes externos de la Administración de Veteranos. No tomó mucho al terapeuta darse cuenta de que los problemas de Karl no eran de la variedad neurótica típica. Presentaba síntomas "neuróticos" clásicos no bien definidos. Karl era un poco ansioso o, en ocasiones, se deprimía; pero su principal problema parecía ser una casi total carencia de habilidades interpersonales y sociales. No tenía trabajo y se mantenía de su escasa pensión gubernamental sumada a cualquier apoyo que su madre pudiera proporcionarle. Además de su madre, con quien vivía, rara vez interactuaba con alguien, excepto quizá al comprar cigarrillos o recibir el cambio de un desinteresado conductor de autobús. En realidad no tenía amigos.

Entonces, la terapia se convirtió no en un proceso orientado al insigth, sino en un proceso de aprendizaje. Los objetivos fueron enseñar a Karl a encontrar trabajo, facultarlo para asistir a la escuela nocturna para aprender un oficio e inculcarle al menos unas cuantas habilidades sociales básicas. El punto central era cómo encontrar empleo y conservarlo, hablar con una mujer y atraer su interés. Durante la terapia, cada hora se invirtió en estas tareas.

Pero el progreso era lento y no porque Karl no entendiera, manifestara un total desinterés o se mostrara reacio a probar sus habilidades recién aprendidas. La dificultad era que aun cuando intentaba una nueva conducta y la realizaba bien, el éxito parecía tener poco efecto en su comportamiento subsiguiente. Esto resultaba extraño en verdad. Los psicólogos aprendieron pronto que el reforzamiento fortalece la probabilidad de la conducta reforzada en el futuro, dadas condiciones similares. Pero esto no ocurrió con Karl. El reforzamiento parecía contribuir poco a elevar sus expectativas de que la conducta funcionara de nuevo. Karl casi parecía querer ser la excepción única a la primera regla de la teoría del aprendizaje: ¡el reforzamiento aumenta la fuerza del hábito!

El terapeuta y sus asesores quedaron desconcertados por esto durante meses. Por ejemplo, después de solicitar un empleo y obtenerlo, la seguridad de Karl no aumentó en lo absoluto. En cambio, atribuyó su éxito a la suerte, no a sus esfuerzos. Se sucedieron varios episodios similares. Luego de mucha insistencia de su terapeuta, Karl pidió una cita a una compañera de trabajo. Ella aceptó. Pero, de nuevo, Karl tan sólo aludió a su buena suerte.

Al final, el terapeuta decidió que quizá Karl creía que la ocurrencia del reforzamiento estaba fuera de su control personal. De ser así, la incapacidad de tener éxito para aumentar su seguridad comenzaba a tener sentido. Él no retaba a la teoría del aprendizaje, sino que la conceptualización del terapeuta había sido incompleta. El reforzamiento "moldeará" un comportamiento, pero sólo cuando tal conducta es vista como relacionada causalmente con el reforzamiento subsiguiente. Karl creía que el azar, más que la habilidad personal, estaba en operación y, en condiciones aleatorias, el reforzamiento no tiene significado para el futuro. Por tanto, el enigma de la conducta de Karl parecía resuelto o al menos se había formulado una hipótesis importante. De hecho, quedaba por delante una gran cantidad de investigación empírica. Sólo después de varios años de investigación empírica podría verificarse la utilidad de la hipótesis del azar frente a la habilidad. Esta área de investigación general llegó a llamarse *control interno-externo* (Rotter, 1966) o *locus de control*.

peciales que proporcionen evidencia de diagnóstico temprano de su inicio en tales personas o programas de tratamiento que estarán disponibles sin demora para aquellos que están en riesgo de desarrollar esquizofrenia.

Gran parte de la investigación epidemiológica se basa en encuestas o entrevistas. No obstante, los datos de ambas presentan varias cuestiones y problemas potenciales. Por ejemplo, ¿cómo definimos un problema de salud mental y, una vez que

lo hagamos, dónde localizamos casos para el conteo? Revisar sólo clínicas y hospitales significa ignorar otras localidades posibles. Estas dificultades se magnifican cuando nos interesamos en formas más leves de disfunción. En efecto, necesitamos métodos objetivos para definir y medir un problema. Además, requerimos procedimientos de encuesta que nos permitan estimar la incidencia o la prevalencia reales del problema y no sólo localizar los casos que ya están en tratamiento o que se han identificado al buscar tratamiento. Necesitamos tomar muestras de hogares (calle por calle o área por área) y no sólo de clínicas, hospitales y dependencias. Otro problema potencial con la información de encuestas es que quienes responden pueden quedar atrapados en la necesidad de decir "lo correcto". Quizá sólo quieran informar cosas deseables para la sociedad y negar otras experiencias menos deseables. Por ejemplo, es posible que los encuestados no estén dispuestos a admitir que han experimentado síntomas graves de psicopatología (como alucinaciones auditivas) porque puede ser embarazoso.

Además, a algunos de los que respondieron se les puede pedir que recuerden cosas de hace varios años. Tal *información retrospectiva* puede ser objeto de toda clase de distorsiones, omisiones o embellecimientos. Por ejemplo, un estudio (Henry, Moffitt, Caspi, Langley y Silva, 1994) descubrió que los informes retrospectivos de sujetos de 18 años evaluados en forma regular desde el nacimiento no eran exactos en cuanto a ciertos tipos de experiencias de su niñez (como los conflictos familiares, sus síntomas de ansiedad o depresión, o su nivel de hiperactividad). Estos hallazgos son notables debido a que los psicólogos clínicos solicitan con frecuencia este tipo de información retrospectiva a sus clientes o a quienes participan en sus investigaciones. El punto aquí es que deberíamos intentar evaluar a nuestros clientes y a quienes participan en nuestras investigaciones *en el momento de interés,* y no confiar de manera exclusiva en los informes retrospectivos.

Hace poco se realizaron varios estudios epidemiológicos a gran escala, válidos desde el punto de vista metodológico, de trastornos mentales. Por ejemplo, Kessler y cols. (1994) aplicaron una entrevista de diagnóstico estructurada a una muestra de probabilidad nacional en Estados Unidos para obtener estimaciones de la prevalencia de varios trastornos mentales en dos periodos: a 12 meses y a lo largo de toda la vida. Algunos de estos resultados aparecen en la tabla 4-1. De particular interés son las diferencias en las tasas de prevalencia de toda la vida entre hombres y mujeres para algunos trastornos, pero no para todos. En los hombres hay más tendencia a un diagnóstico de trastorno por uso de sustancias o trastorno de personalidad antisocial, en tanto que en las mujeres son más frecuentes los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad. A partir de esta información, se puede concluir que los hombres parecen estar en mayor riesgo que las mujeres ante una variedad de trastornos por el uso de sustancias. En consecuencia, ser hombre es un *factor de riesgo* para estos trastornos. Dichos factores no necesitan limitarse al género, sino que pueden comprender otras características sociodemográficas (posición socioeconómica, edad, residencia urbana frente a rural y detalles por el estilo).

Métodos de correlación

Hemos visto que la epidemiología con frecuencia depende de *métodos de correlación*; es decir, evalúa los correlatos (factores de riesgo) de la enfermedad o trastorno. Ahora nos enfocaremos en los métodos de correlación. Estas técnicas nos permiten determinar si una variable X se relaciona con una variable Y. Por ejemplo, ¿determinado patrón de puntuaciones en una prueba de inteligencia se vincula con categorías específicas de diagnóstico psiquiátrico? ¿Las características particulares de un paciente se asocian con los resultados de la terapia? ¿La depresión se relaciona con el género?

La técnica. Para correlacionar dos variables, primero obtenemos dos grupos de observaciones. Por ejemplo, supongamos que aplicamos dos pruebas a 10 participantes en el estudio. Una mide la ansiedad y la otra una creencia en el control externo (en vez de en el interno). Estos datos hipotéticos se muestran en la tabla 4-2. Cuando estos datos se correlacionan, el resultado es un *coeficiente de correlación*; en este caso, +.76, lo cual indica una fuerte relación positiva. Conforme aumentan las puntuaciones de ansiedad, igual sucede con las puntuaciones en la creencia en el control externo, lo que significa que la ansiedad y los sentimientos de falta de control se relacionan de manera positiva.

El *coeficiente producto-momento de Pearson* es un índice que suele utilizarse para determinar el grado de relación entre dos variables. Su símbolo es *r*,

TABLA 4-1 Tasas de prevalencia en el curso de la vida para trastornos mentales seleccionados del DSM-III-R

Trastorno	*Hombres %*	*Mujeres %*	*Total%*
Trastornos del estado de ánimo			
Episodio depresivo mayor	12.7	21.3	17.1
Episodio maniaco	1.6	1.7	1.6
Distimia	4.8	8.0	6.4
Cualquier trastorno del estado de ánimo	14.7	23.9	19.3
Trastornos de ansiedad			
Trastorno de pánico	2.0	5.0	3.5
Agorafobia sin trastorno de pánico	3.5	7.0	5.3
Fobia social	11.1	15.5	13.3
Fobia simple	6.7	15.7	11.3
Trastorno de ansiedad generalizada	3.6	6.6	5.1
Cualquier trastorno de ansiedad	19.2	30.5	24.9
Trastornos por el uso de sustancias			
Abuso de alcohol sin dependencia	12.5	6.4	9.4
Dependencia al alcohol	20.1	8.2	14.1
Abuso de drogas sin dependencia	5.4	3.5	4.4
Dependencia a las drogas	9.2	5.9	7.5
Abuso/dependencia a cualquier sustancia	35.4	17.9	26.6
Otros trastornos			
Personalidad antisocial	5.8	1.2	3.5
Psicosis sin estado de ánimo	.6	.8	.7
CUALQUIER TRASTORNO	48.7	47.3	48.0

Fuente: Kessler, R. C. y cols. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the *National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry, 51*, pp. 8-19. Adaptado con autorización.

cuyo valor puede variar entre –1.00 y +1.00. Una *r* de +1.00 denota que las dos variables están relacionadas de manera positiva y perfecta; una *r* de –1.00 indica una relación negativa perfecta. La *r* de +.76 de los datos de la tabla 4-2 significa una relación alta pero no perfecta. La figura 4-1 muestra una *gráfica de dispersión* de los datos para las variables de la tabla 4-2. Cada punto de dato corresponde a las puntuaciones que obtiene un participante en ansiedad y control. Por ejemplo, el punto de dato más cercano a la esquina inferior izquierda representa las puntuaciones de Ralph de 4 en ansiedad y 2 en control. La figura 4-2 presenta gráficas de dispersión para varias correlaciones.

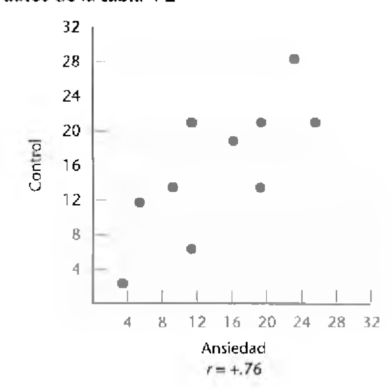
Entre más cercana a la perfección este una relación, más cerca estarán los puntos de los datos de formar una línea recta. Conforme la *r* se aproxima al cero (que indica la ausencia de relación), los puntos de los datos se dispersan de manera casi aleatoria alrededor de una línea recta.

La cuestión de la causalidad. Como se hizo notar en el caso de la investigación epidemiológica, los métodos de correlación pueden fracasar ante la cuestión de causa y efecto. No importa cuán lógico pueda parecer, no podemos, con base sólo en la correlación, afirmar que una variable ha causado otra. Por ejemplo, supongamos que un investigador descubre una correlación entre el diagnóstico de esquizofrenia y la presencia de niveles elevados del neurotransmisor dopamina en el sistema nervioso central. ¿Esto significa que la esquizofrenia se debe a niveles excesivos de dopamina o, en forma alternativa, que la experiencia de un episodio de esquizofrenia da como resultado cambios en

TABLA 4-2 Datos hipotéticos para la correlación entre ansiedad y control

Sujeto	*Puntuación de ansiedad*	*Puntuación control*
Ann	26	22
Jane	24	28
Tom	20	22
George	20	14
Esther	16	18
Nancy	12	22
Robert	12	6
Kevin	10	14
Lisa	6	12
Ralph	4	2

FIGURA 4-1 Gráfica de dispersión de los datos de la tabla 4-2



los niveles del neurotransmisor? Quizá la verdadera culpable sea una tercera variable. Por ejemplo, muchos pacientes con esquizofrenia tienen una larga historia de consumo de drogas psicoactivas (como las anfetaminas); ese consumo a largo plazo podría afectar los niveles del neurotransmisor. En consecuencia, el investigador debe evitar asumir que una variable causa la otra, porque siempre existe la posibilidad de que una tercera variable (no medida) esté implicada.

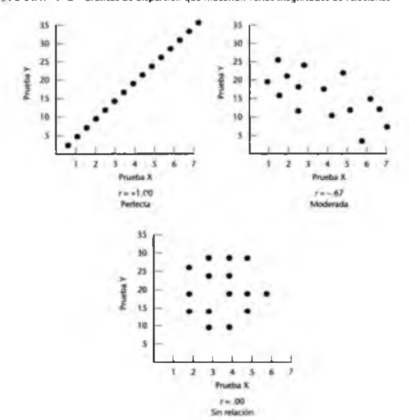
Un ejemplo clásico del *problema de la tercera variable* es la observación de que las tasas de criminalidad se correlacionan de manera significativa con el número de iglesias y de sinagogas en una comunidad. ¿Significa esto que la religión *ocasiona* el crimen? No. La tercera variable desatendida en este ejemplo es la población. Tanto la tasa de criminalidad como la cantidad de iglesias y sinagogas se correlacionan de manera positiva con la población; se correlacionan entre ellas porque aumentan conforme crece la población.

Los métodos de correlación *pueden* demostrar que una hipótesis de causa-efecto no es válida. Si la expectativa es que la variable A ocasiona la variable B, al menos deberíamos ser capaces de mostrar que están correlacionadas. No encontrar una relación significativa contradice la hipótesis con mayor certeza. Asimismo, aunque no sea posible obtener inferencias causales a partir de los coeficientes de correlación, ello no quiere decir que no existan relaciones de causa y efecto. Sin embargo, tales relaciones deben demostrarse por medio de métodos experimentales (que expondremos más adelante). Hay métodos de investigación que pueden ayudar a contaminar el problema de causalidad, como igualar a los participantes en otras variables que podrían contribuir a la relación obtenida o utilizar métodos longitudinales que estudien a las variables antes que se desarrolle un trastorno determinado. Pero éstos con frecuencia son procedimientos caros y difíciles de manejar y, por ello, se emplean con menor frecuencia.

Algunas veces nos vemos forzados a utilizar métodos de correlación porque no podemos manipular de manera práctica ni ética ciertas variables como la edad, el sexo, el estado civil o el orden de nacimiento. Por ejemplo, no podemos, de manera ética, entrenar a alguien para que cometa un homicidio a fin de estudiar los efectos de la personalidad sobre la violencia. Ciertas cosas *sólo* pueden estudiarse al observar sus ocurrencias: crearlas no es una alternativa aceptable.

Análisis factorial. Derivado de la estrategia de correlación, el *análisis factorial* es una forma de examinar las interrelaciones entre un número de

FIGURA 4-2 Gráficas de dispersión que muestran varias magnitudes de relaciones



variables al mismo tiempo. Este método estadístico utiliza muchas correlaciones separadas para determinar qué variables cambian de manera concertada y así poder considerarlas relacionadas de manera funcional. La idea es que cuando las variables cambian juntas, deben tener algunos elementos en común que sustenten su relación.

Consideremos el siguiente ejemplo (Phares, 1995). Supongamos que intentamos identificar los elementos básicos de la "habilidad clínica". Primero, pedimos a un grupo de jueces que elija a 100 clínicos reconocidos por tener excelentes registros en la prestación de servicios. Luego, aplicamos una gran cantidad de pruebas que se supone que evalúan una variedad de habilidades y logros clínicos. Digamos que utilizamos estas siete pruebas:

A = Prueba de CI

B = Prueba de rendimiento matemático

C = Prueba de razonamiento espacial

D = Prueba de razonamiento analítico

E = Medición de empatía

F = Medición de adaptación personal

G = Medición de altruismo

TABLA 4-3 Matriz de correlación hipotética para siete pruebas

Prueba	*A*	*B*	*C*	*D*	*E*	*F*	*G*
A		.70	.80	.75	.15	.20	.10
B			.75	.70	.12	.10	.10
C				.70	.18	.15	.11
D					.12	.14	.12
E						.80	.85
F							.75

Fuente: tomado de *Introduction to Personality,* 3a. ed., por E. J. Phares. Derechos reservados © 1991 por HarperCollins. Reimpreso con autorización.

A continuación, correlacionamos cada prueba con cada una de las otras. Esto nos da una *matriz de correlación*, en la cual se exhiben las correlaciones entre todos los pares posibles de pruebas. Tal matriz, con correlaciones hipotéticas registradas, se aprecia en la tabla 4-3.

Al observar la matriz de correlación surge un patrón interesante. Las mediciones A, B, C y D muestran una fuerte relación positiva (las correlaciones varían entre .70 y .80). Al mismo tiempo, E, F y G se correlacionan altamente (las correlaciones varían entre .75 y .85). Pero casi no hay relación entre el grupo E, F, G y el grupo A, B, C, D (por ejemplo, la correlación entre A y E es .15; entre B y F, .10; y entre D y G, .12). Estos patrones indican que A, B, C y D parecen medir una dimensión, o *factor*, subyacente similar. De igual manera, E, F y G se corresponden y sugieren una segunda dimensión subyacente. En efecto, el análisis factorial realiza, de manera estadística con las matrices grandes de correlación, lo que hicimos aquí inspeccionando las correlaciones de las siete mediciones. Si hubiéramos tenido 200 mediciones, realizar la inspección habría sido imposible.

A partir del ejemplo anterior, parecería que intervienen dos factores o dimensiones. Llamémoslas X (derivadas de las correlaciones entre A, B, C y D) y Y (derivadas de E, F y G). Juntos, estos factores explican las relaciones significativas en la matriz. Por lo general, se les confiere nombre a estos factores. Ésta es una fase de mucha inferencia que en ocasiones puede llevar a problemas de comunicación. A veces, los nombres elegidos transmiten información diferente de la que se intentaba transmitir. No obstante, en nuestro ejemplo, donde el factor X incluye a A, B, C y D, quizá podríamos elegir el nombre de "capacidad intelectual". El factor Y es más difícil de nombrar debido a que incluye mediciones de empatía, adaptación y altruismo. Quizá "altruismo saludable" sería un nombre adecuado.

El análisis factorial es una buena forma de ayudar a organizar de manera coherente las relaciones que surgen entre grandes conjuntos de datos. El análisis factorial no es la respuesta definitiva para identificar los elementos básicos de la habilidad clínica (como en el ejemplo) o los de la personalidad. Después de todo, el resultado está determinado por la naturaleza de las mediciones incluidas en primer lugar. ¡Difícilmente podría esperarse que apareciera como factor lo que no estaba incluido en la batería de muestra de pruebas para estudiar la habilidad clínica!

Enfoques de corte transversal en comparación con los enfoques longitudinales

Otra forma de clasificar los estudios de investigación es mediante la consideración de si la naturaleza de los estudios es de corte transversal o longitudinal. Un *diseño de corte transversal* evalúa o compara individuos, quizá de diferentes grupos de edades, de manera simultánea. Un *diseño longitudinal* sigue a los mismos sujetos a través del tiempo. El formato básico de estos dos enfoques se

FIGURA 4-3 Diseños de investigación de corte transversal y longitudinal

Fuente: Diana Woodruff-Pak, *Psychology and Aging*. Derechos reservados © 1988, p. 32. Reimpreso con autorización de Prentice-Hall, Englewood Cliffs, Nueva Jersey.

Fecha de nacimiento	Edad				
1890	65	70	75	80	85
1895	60	65	70	75	80
1900	55	60	65	70	75
1905	50	55	60	65	70
1910	45	50	55	60	65
1915	40	45	50	55	60
1920	35	40	45	50	55
1925	30	35	40	45	50
Momento de la medición	1955	1960	1965	1970	1975

muestra en la figura 4-3. En este ejemplo, el renglón *a* ilustra el diseño longitudinal y la columna *b* el diseño de corte transversal.

Los enfoques de corte transversal son correlativos, porque el investigador no puede manipular la edad ni los participantes pueden ser asignados a grupos de edad distintos. Debido a que hay diferentes participantes en cada grupo de edad, no podemos suponer que el resultado del estudio refleja los cambios de edad; sólo refleja las diferencias entre los grupos de edad empleados. Estas diferencias podrían deberse a las épocas en que fueron educados los participantes más que a la edad. Por ejemplo, un grupo de personas de 65 años podría mostrarse más frugal que uno de 35 años. ¿Esto significa que la edad avanzada promueve la frugalidad? Tal vez. Pero podría reflejar tan sólo la circunstancia histórica de que la gente de 65 años fue educada durante la Gran Depresión, cuando era muy difícil ganarse el dinero.

En los estudios longitudinales recabamos información acerca de la misma gente a través del tiempo. Tales diseños nos permiten obtener conocimientos respecto de la forma en que cambian con la edad los procesos de conducta o mentales. En el sentido de interpretación, los estudios longitudinales permiten a los investigadores especular mejor acerca de las relaciones de tiempo y orden entre los factores que varían juntos. También ayudan a eliminar el problema de la tercera variable que con gran frecuencia aparece en los estudios de correlación. Por ejemplo, supongamos que sabemos que los estados de depresión aparecen y se van a lo largo de los años. Si la depresión causa la correlación entre una pérdida importante de peso y la disminución en la autoconfianza, entonces tanto la pérdida de peso como la disminución de la autoconfianza deberían variar junto con los estados depresivos.

Existen, desde luego, muchas variantes en los diseños de corte transversal y en los longitudinales (Kausler, 1991). Sin embargo, en el caso de estos últimos, los principales problemas son de tipo práctico. Tales estudios son costosos de efectuar y requieren enorme paciencia y continuidad del liderazgo en el programa de investigación. A veces, también los investigadores deben vivir con errores de diseño cometidos en años anteriores o vérselas con investigación y métodos de evaluación anticuados. Debido a que la investigación longitudinal es cara en tiempo y dinero, no se emplea con la frecuencia que se debería. Por estas razones, la investigación en los aspectos de desarrollo de la psicopatología ha padecido desde hace mucho (Rotter, 1990;

Wierson y Forehand, 1994). Con todo, se espera que habrá un regreso a las estrategias que tratan con la psicopatología, el tratamiento o la personalidad durante largos periodos, utilizando una variedad de mediciones (Phares, 1991). Con demasiada frecuencia, hemos sido prisioneros de la metodología de corte transversal que a veces parece limitarse a experimentos de 50 minutos. Tales estrategias han promovido una vista "instantánea" de la conducta y la personalidad humanas que ha hecho poco por ayudarnos a entender la coherencia y la organización del comportamiento humano.

El método experimental

Para determinar las relaciones de causa y efecto entre acontecimientos, debemos utilizar métodos experimentales. Consideremos el siguiente estudio, en que se estudió la responsabilidad personal con relación a diversos indicadores de bienestar (Langer y Rodin, 1976). Aunque se realizó hace algunos años, el diseño de la investigación ilustra con precisión las características importantes del *método experimental*.

El estudio se llevó a cabo en un hogar para ancianos en Connecticut, con participantes cuya edad variaba ente los 65 y los 90 años. El *grupo experimental* incluía 47 sujetos a los que se les dijo que se les estimularía a tomar varias decisiones. Por ejemplo, en vez de seguir las indicaciones del personal del hogar, podrían decidir el arreglo de su habitación, dónde deseaban recibir a sus visitantes, cómo querían pasar su tiempo libre y cosas por el estilo. Se les animó incluso a plantear sus quejas al personal. A cada uno también se le dio una planta para que la cuidara. El *grupo control* consistía en 44 participantes a quienes se les dejó con la impresión distinta de que todos esos asuntos correspondían al personal. Se les dijo cuán deseoso estaba éste de cuidarlos no sólo a ellos, ¡sino hasta a sus plantas! Al principio, se igualaron los dos grupos (una semana antes de que se les dieran las instrucciones) en diversas variables, incluyendo condiciones de salud, nivel socioeconómico anterior y adaptación psicológica. A pesar de esta *igualación*, tres semanas después, los grupos diferían de manera significativa en un gran número de mediciones, como agudeza mental, felicidad, bienestar general, frecuencia de asistencia al cine y participación en actividades de grupo. La figura 4-4 muestra los hallazgos de los informes personales de felicidad antes y después de las instrucciones.

Este estudio ilustra diversas características de un estudio experimental típico. La *hipótesis experimental* de que los ancianos se beneficiarían de un sentido de responsabilidad personal se desarrolló a partir de la observación de poblaciones similares y de investigaciones publicadas con anterioridad. Una *variable independiente* es la que se supone que está bajo el control del investigador. Se espera que ejerza un efecto causal sobre la conducta de los participantes. Esta última se denomina *variable dependiente*. En este estudio, los investigadores manipularon la variable independiente, la responsabilidad personal, a través de sus instrucciones. La variable dependiente fue la respuesta de los participantes (como la felicidad que informaron) a la sensación de responsabilidad o a la falta de ella. También se siguió un procedimiento experimental bueno al *igualar* a los sujetos en variables importantes que podrían haber afectado el resultado de la investigación (como las condiciones de salud y la adaptación). En algunas ocasiones, cuando la igualación es difícil, los participantes son *asignados al azar* a los grupos experimental y control. La idea es que la única característica significativa diferente para ambos grupos sea la sensación de responsabilidad personal inducida. Por consiguiente, las instrucciones deben ser la *causa* de las puntuaciones de felicidad más altas en el grupo experimental.

Diseños intergrupales e intragrupales. En un *diseño intergrupal* tenemos dos grupos de participantes por separado, cada uno de los cuales recibe un tipo diferente de tratamiento. Tomemos, por ejemplo, un estudio de efectividad de la terapia. En su forma más simple, un grupo experimental (que recibe alguna forma de tratamiento) se compara con un grupo control (que no recibe tratamiento alguno). De manera ideal, los pacientes se asignan al azar a cada grupo. Se toma algún conjunto de mediciones (por ejemplo, nivel de ansiedad, impresiones de entrevista o datos de pruebas) de todos los pacientes de ambos grupos antes del tratamiento (o de ningún tratamiento),

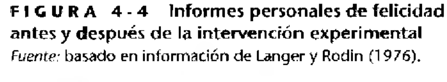
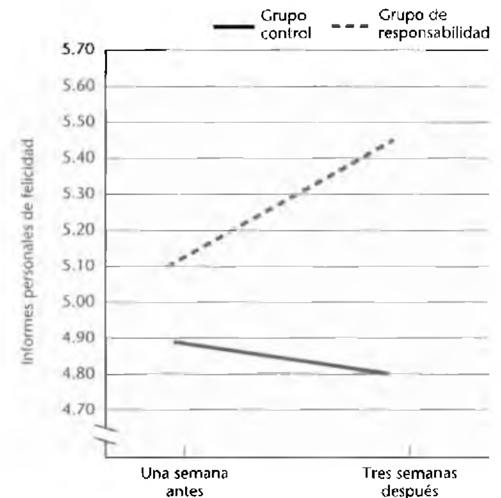


FIGURA 4-4 Informes personales de felicidad antes y después de la intervención experimental
Fuente: basado en información de Langer y Rodin (1976).



después del mismo y quizá en un punto de seguimiento seis meses o un año después de que concluya. Se considera que cualesquier diferencia entre los dos grupos, ya sea al momento de concluir el tratamiento o bien durante el seguimiento, se deben al tratamiento recibido por el grupo experimental.

En un *diseño intragrupal* las comparaciones podrían realizarse con el mismo paciente en diferentes momentos. Para ilustrar cómo funciona este procedimiento, supongamos que nos interesan los efectos (como los niveles de angustia) de estar en una lista de espera. Podríamos decidir colocar a cada paciente en una lista de espera de seis semanas y realizar una serie de procedimientos de evaluación antes de colocarlos en espera (punto A). Seis semanas después, se reevaluarían justo antes de iniciar el tratamiento (punto B). Al concluir el mismo (punto C), se evaluarían por tercera ocasión y quizá se someterían también a un seguimiento posterior (punto D). Cualesquier cambio que ocurra entre los puntos A y B (mientras están en la lista de espera) se podría comparar con los que se presentaran entre los puntos B y C o D. Estos análisis de cambios, más complejos, nos darían un mejor panorama de la eficacia del tratamiento con relación al simple hecho de estar en una lista de espera.

Existen muchas variaciones de los diseños intragrupales. No obstante, una gran ventaja es que requieren pocos participantes. En efecto, como veremos más adelante en el caso de los diseños individuales, podemos determinar si una intervención específica surte efecto o no con sólo observar a un participante.

Validez interna. Algunas veces ocurre que un experimento no es *válido internamente;* es decir, no estamos seguros de que el resultado sea atribuible a nuestra manipulación de la variable independiente. Algunos estudios ni siquiera incluyen un grupo control para compararlo con un grupo experimental. En este caso, cuales-

quiera cambios observados podrían ser el resultado de alguna otra variable. Por ejemplo, supongamos que en el experimento del hogar para ancianos, Langer y Rodin no tenían un grupo control. Aunque el grupo experimental mostró aumento en la felicidad, quizá no todo se debió a los sentimientos de responsabilidad, sino tal vez a la contratación que se hizo de un nuevo administrador del hogar a mitad del estudio o quizá al cambio de dietistas que ocurrió durante el curso del estudio. Sin un grupo control que también experimente estos otros acontecimientos, uno nunca puede estar seguro. En resumen, cuando las variables extrañas no se controlan o no puede mostrarse que existen de igual manera en los grupos experimental y control, pueden causar *confusión* en los resultados.

Más adelante veremos que en los estudios de efectividad de la terapia, en ocasiones un grupo de pacientes recibe una nueva forma de terapia. Un segundo grupo se iguala con el grupo en terapia (o los pacientes se asignan al azar a los dos grupos) y luego se colocan en una lista de espera. La suposición es que la única diferencia entre los sujetos en la lista de espera y los de la terapia es que éstos recibieron terapia y los primeros no. En consecuencia, el estudio tiene validez interna. Pero, ¿la tiene en verdad? La experiencia ha demostrado que los sujetos que están en una lista de espera no siempre dejan de recibir ayuda. En cambio, con frecuencia buscan la ayuda de un sacerdote, el consejo de un amigo o algún otro tipo de apoyo. Por tanto, la ayuda externa recibida de manera informal por los sujetos en la lista de espera puede confundir cualquier mejora mostrada por el grupo de terapia. En consecuencia, el hecho de que el grupo de terapia no mejorara más de lo que lo hizo el grupo en lista de espera no significa que la intervención de la terapia no fuera eficaz. Quizá sólo signifique que ambos grupos recibieron alguna forma de intervención.

Otro factor que hace desmerecer la validez interna incluye las *expectativas*. Cuando el investigador o el participante *espera* cierto resultado, éste puede producirse. No es la manipulación experimental la que ocasiona el resultado, sino las expectativas. Este fenómeno se denomina *efecto placebo*. Por ejemplo, se sabe de personas que se comportan como borrachos cuando creen que la situación demanda tal comportamiento, incluso si no han ingerido alcohol sino sólo creen que lo han hecho. Se ha sabido de pacientes que informan que la terapia les ha ayudado cuando de manera objetiva no han tenido ninguna mejoría. Debido a que los terapeutas les han dedicado mucho tiempo, ¡sienten que deben estar mejor!

En otros casos, se ha sabido de experimentadores que de manera inadvertida producen justo las respuestas que esperan obtener. Quizá se han comportado de maneras sutiles que animaron a sus pacientes a comportarse en forma "adecuada". En especial, es probable que esto ocurra cuando el experimentador sabe quiénes son los sujetos experimentales y quiénes son los sujetos control. En ocasiones se ha sabido de clínicos que de manera inconsciente dan al paciente tiempo extra en una prueba sólo porque tienen la expectativa de que el paciente la hará bien.

Para evitar los efectos de las expectativas del experimentador o del participante, los estudios suelen utilizar un *procedimiento doble ciego*. Aquí, ni el experimentador ni el participante saben qué tratamiento o procedimiento se está utilizando. Por ejemplo, si un investigador se interesa en estudiar los efectos de dos medicamentos, la persona que administra los medicamentos no sabe cuál es cuál; tampoco puede saberlo el paciente, puesto que los dos tipos de píldoras son idénticas en tamaño, forma, color, peso, textura, sabor, etc. Pero los estudios doble ciego no siempre son tan "ciegos" como creemos (Margraf y cols., 1991).

La igualación, la asignación al azar de participantes a grupos experimentales y control, la utilización de grupos control y los procedimientos doble ciego, son métodos que ayudan a asegurar que los experimentos exhiban validez interna.

Validez externa. Cuando se descubre que los resultados de un experimento no pueden generalizarse más allá de las condiciones reducidas y exactas del experimento, la investigación no muestra *validez externa*. Si los resultados de Langer y Rodin sólo se aplican a ese hogar para ancianos, están en problemas. De hecho, la mayor parte de la investigación experimental se efectúa con la esperanza de generalizar los resultados más allá de los confines del escenario inmediato. En realidad, puede ser muy difícil determinar la validez externa

de un estudio determinado. Con demasiada frecuencia, los resultados producidos en el laboratorio no pueden reproducirse en escenarios de la vida real. El peor error es asumir tan sólo que debido a que se obtuvieron ciertos resultados en la situación A, de manera automática ocurrirán en la situación B. Aunque la investigación experimental de laboratorio suele permitir un mejor control de variables, su naturaleza "artificial" puede evitar una generalización extensa.

Investigación análoga. La cuestión de la generalización de los resultados domina en particular los *estudios análogos*, estudios que se realizan en el laboratorio —donde es más sencillo ejercer el control, pero en los que se dice que las condiciones son "análogas" a la vida real—. Con mayor frecuencia se emplean para resaltar la naturaleza de la psicopatología o la terapia. Por ejemplo, cuando Watson y Rayner (1920) intentaron mostrar cómo pudo aprender su fobia a las ratas blancas el pequeño Albert, estaban construyendo una analogía de la forma en que creían que se adquirían las fobias en la vida real (véase el recuadro 4-1). En otro ejemplo, algunos investigadores estudian las correlaciones y los efectos de la depresión induciendo un estado de ánimo depresivo en participantes no deprimidos mediante técnicas de inducción de estados de ánimo tradicionales (como la lectura de textos que han demostrado aumentar los niveles de disforia), o de diapositivas y música que induzcan ciertos estados de ánimo (por ejemplo, Goodwin y Sher, 1993). Se presume que estas técnicas crean un estado depresivo análogo al que se ve en la depresión clínica.

En un sentido, casi todos los estudios experimentales son análogos. Pero cuando restricciones éticas o prácticas graves nos impiden crear condiciones de la vida real, debemos recurrir a las situaciones análogas. La ventaja de los estudios análogos es que permiten una mejor validez interna debido al mayor control que podemos ejercer en el laboratorio. El talón de Aquiles del método es el grado de semejanza entre la analogía y lo real. Por ejemplo, supongamos que decidimos estudiar la función del fracaso en la creación de la depresión. No queremos estudiar depresivos reales por varias razones. Primera, nos resulta difícil obtener una muestra lo bastante grande de ellos con antecedentes similares y que tengan el mismo grado de depresión. Segunda, ¿en verdad sería ético someter a esas personas a una experiencia de fracaso fuerte y significativa y, en consecuencia, arriesgarlos a entrar en una depresión aún más profunda? Esto, por cierto, ilustra el dilema real de la investigación análoga. Si nuestras manipulaciones experimentales son efectivas, pueden ser dañinas (y, por lo mismo, antiéticas). Si son benignas, la investigación se vuelve trivial y posee poca validez externa (Suomi, 1982). Dadas las restricciones éticas mencionadas y el hecho de que las condiciones análogas nos permitirán controlar el grado y la clase de fracaso, la naturaleza de los sujetos y demás, la utilización de los estudios análogos puede convertirse en una alternativa atractiva.

Pero cuando usamos procedimientos análogos, quizá haya que pagar un precio. Por ejemplo, en el experimento hipotético previo, ¿cómo sabemos que nuestros participantes son iguales a los participantes diagnosticados de manera profesional como depresivos? Tal vez los sujetos hayan sido reclutados en clases de psicología general cuya única exigencia para estar deprimidos es un resultado por arriba de algún punto de corte en un cuestionario que pretende medir la depresión. No son casos *clínicos* de depresión. Además, no tenemos la seguridad de que la experiencia de un fracaso en un problema en un escenario de laboratorio sea idéntico a un fracaso "real" en la vida cotidiana de un depresivo.

Hay quienes han insistido en emplear animales para la investigación porque no presentan algunos de los problemas metodológicos que existen en la investigación con humanos. Podemos ejercer un control casi perfecto sobre los animales. Es posible controlar sus dietas, condiciones de vida e incluso sus antecedentes genéticos. Podemos entremeternos mucho más en la vida de los animales. Debido a que éstos por lo general tienen periodos de vida más cortos, los fenómenos cuyo estudio en los humanos puede requerir años, se pueden analizar en pocos meses con, digamos, ratas. Es más, hay varios trastornos de conducta que ocurren de "manera natural" (por ejemplo, la agresión, trastornos del estado de ánimo, hiperactividad, trastornos de la alimentación) que se observan de manera común en la práctica veterinaria que parecen ser de interés para el campo de la psicopatología (Stein, Dodman, Borchelt y Hollander, 1994). Pero, de nuevo, ¿cuánto se parece la conducta animal

al comportamiento humano? Quizá son lo bastante similares en ciertos aspectos, pero en otros no se parecen para nada. En el análisis final, la investigación análoga es importante y puede resultar muy esclarecedora. Pero nunca podemos permitirnos abandonar por completo nuestro escepticismo cuando la empleamos.

Una nota final. Al cerrar esta sección sobre métodos experimentales, debe hacerse notar que no todo el mundo está enamorado de estos enfoques tradicionales. Por ejemplo, hace muchos años, Cattell (1965) criticó la llamada estrategia de investigación *bivariada*. Se trata de un método consagrado, que se remonta hasta Pavlov y Wundt, en que sólo se estudian dos variables a la vez. El investigador manipula una variable independiente y luego observa sus efectos sobre la variable dependiente. Por ejemplo, induce en los participantes la creencia de que carecen de control personal sobre el inicio de los choques eléctricos (variable independiente). La pregunta es, ¿qué ocurre si el nivel de ansiedad de los participantes se mide por la respuesta galvánica de la piel (variable dependiente)? Si el punto central es la ansiedad, quizá sea necesario realizar miles de estos estudios bivariados para determinar cómo se vuelven ansiosas las personas. Los experimentadores deben variar las medidas de ansiedad, la naturaleza del estímulo y la presencia de rasgos de personalidad preexistentes que puedan afectar la naturaleza de la respuesta de los participantes. Si varían una condición a la vez en un estudio tras otro, se quedan con un panorama fragmentario del ser humano. Puede resultar peor poner juntos los resultados de todos estos estudios bivariados que tratar de reparar a Humpty Dumpty. Además, puesto que el estudio observa la ansiedad aislada de otras variables, como competencia y adaptación, los resultados no ofrecen idea alguna acerca de cómo podrían afectar la ansiedad.

Como consecuencia, hay quienes han abogado por la utilización de una estrategia *multivariada*. Aquí, los experimentadores emplean una diversidad de mediciones con la misma persona, pero no ejercen mucho control. Pueden emplear información de cuestionarios, registros de vida, observación y demás. Tal información puede correlacionarse y someterse a análisis factorial. Debido a que el método puede centrarse en fenómenos que ocurren de manera natural y a que puede vérselas con muchas variables de manera simultánea, muchos lo consideran una estrategia superior. No obstante, este método, como otros enfoques correlativos, también tiene sus limitaciones (Phares, 1991).

Diseños de caso individual

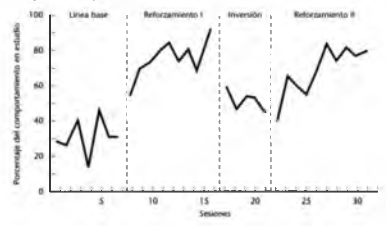
Los *diseños de caso individual* son fruto de los enfoques conductuales y operantes. Guardan similitudes tanto con los métodos experimentales como con los de estudio de caso. Por ejemplo, un experimentador mide la conducta de un sujeto en diversas condiciones y, en este sentido, emplea un método parecido a las técnicas experimentales. Pero el punto central está en las respuestas de *un* participante. Tal investigación suele comenzar estableciendo una línea base. Aquí se efectúa un registro de la conducta del participante antes de cualquier intervención; por ejemplo, el número de ataques de ansiedad por semana. Después de establecer una línea base confiable se introduce una intervención. Los efectos de ésta se determinan comparando el nivel de línea base de la conducta con el nivel posterior a la intervención. Estos diseños de caso suelen utilizarse para estudiar la efectividad de un método terapéutico.

Los estudios de caso individual permiten al experimentador establecer relaciones de causa y efecto. Más que eso, proporcionan un método para estudiar el comportamiento clínico (en especial, métodos terapéuticos) que no requiere detener el tratamiento por la asignación de ciertos participantes a grupos control o a listas de espera. Hay quienes han afirmado que tales procedimientos controlados, aunque representan una buena ciencia, en esencia son poco éticos porque pueden privar a las personas de su esperanza de alivio. Aun cuando no se haya comprobado la terapia que se va a emplear —y aunque algunos aseguren que la ciencia debe privar a unos pocos de la posibilidad de mejorar por el interés del bien último de mucha gente—, el espectro de la ética aún acecha en el fondo.

Otra razón práctica para utilizar los diseños de caso individual es que con frecuencia resulta difícil en extremo encontrar suficientes participantes en las instituciones clínicas para las asignaciones de igualación o aleatoria de los grupos control. Los estudios de caso individual reducen la cantidad requerida de participantes. Asimismo, hay quienes han afirmado que la mayor parte de la investigación

FIGURA 4-5 Robbie: dar y quitar reforzamiento

Fuente: "Effects of Teacher Attention on Study Behavior", por R. V. Hall, D. Lund y D. Jackson, *Journal of Applied Behavior Analysis*, *1*, 1968, pp. 1-12. Derechos reservados 1968 por la Society for the Experimental Analysis of Behavior. Reimpreso con autorización.



(tanto la de personalidad como la clínica) generaliza los hallazgos basada en puntuaciones medias. En consecuencia, los resultados pueden no aplicarse ni caracterizar el caso de nadie (Lamiell, 1987). Los diseños de caso individual evitan esos problemas.

Diseño ABAB. El *diseño ABAB* permite medir la efectividad de un tratamiento a través de la observación sistemática de los cambios en la conducta de los participantes como condiciones alternas de tratamiento y ausencia de tratamiento. Se llama diseño ABAB debido a que al periodo de línea base inicial (A) sigue un periodo de tratamiento (B), un retorno a la línea base (A) y luego un segundo periodo de tratamiento (B).

Una buena ilustración del enfoque de caso individual ABAB es el estudio de Robbie (Hall, Lund y Jackson, 1968). Robbie era un chico de tercer grado muy disruptivo en el salón de clases. Alrededor de 75% de su tiempo lo pasaba riéndose, arrojando cosas y convertido en un fastidio en general. El resto del tiempo (25%) estudiaba. Este porcentaje de línea base de tiempo de estudio se muestra en la figura 4-5. Durante el primer periodo de tratamiento (Reforzamiento I), la maestra puso mucha atención a Robbie y su conducta de estudio se incrementó en consecuencia. Durante el periodo de inversión, la maestra volvió a su nivel anterior de atención, y la conducta de estudio de Robbie regresó más o menos al mismo nivel de línea base. Cuando se reintrodujo el tratamiento (Reforzamiento II), su conducta mejoró de nuevo. El periodo de inversión se insertó entre los dos lapsos de tratamiento para permitir a los investigadores demostrar una relación causal entre la conducta de la maestra y la conducta de Robbie.

Una dificultad con el procedimiento ABAB es que la suspensión del tratamiento podría plantear algunos problemas éticos. No obstante, la seriedad del problema depende de las circunstancias involucradas.

Diseños de línea base múltiple. En algunos casos resulta imposible utilizar un periodo de inversión. Como lo hemos señalado, puede haber restricciones éticas. Además, en las instituciones de investigación clínica los terapeutas pueden no estar dispuestos a que sus clientes vuelvan a experimentar situaciones que podrían restablecer las mismas conductas que se busca erradicar. En tales casos, los investigadores pueden utilizar un diseño de *línea base múltiple*. En él, se eligen dos o más conductas para el análisis. Quizá un paciente institucionalizado tenga problemas graves para comportarse de manera responsable. No ordena su habitación, no logra seguir una buena higiene personal o no llega a tiempo a realizar las labores que se le encomiendan. Se recopilan

datos de línea base de su comportamiento tanto en escenarios personales como de trabajo. Luego, se introducen recompensas inmediatas cuando se comporta de manera responsable en los escenarios personales, pero no en los de trabajo. Entonces, después de un lapso prescrito, se recopilan de nuevo las mediciones de la conducta en ambos escenarios. La última fase incluye recompensas para el comportamiento responsable en ambos escenarios. Si se incrementa la conducta responsable en el escenario personal al que le sigue la recompensa, pero no en el escenario de trabajo cuando no hay recompensa, es posible que algún factor desconocido y fuera de control, distinto a la recompensa, esté en operación. Pero si la recompensa muestra que mejora la conducta responsable también en el escenario de trabajo, parece muy poco probable que cualesquiera otros factores, aparte de la recompensa, estén implicados. El empleo de líneas base dobles da a los investigadores mayor confianza en sus manipulaciones.

Un estudio realizado por Moras, Telfer y Barlow (1993) ejemplifica una variante del diseño de línea base múltiple. Su estudio es notable por varias razones. Primera, aplicaron una metodología de caso individual a un tratamiento que no es conductual principalmente (a diferencia de la mayor parte de las aplicaciones de la metodología de caso individual). Segunda, su objetivo era una condición clínica común —trastorno de ansiedad generalizada y depresión mayor coexistentes— pero compleja debido a la miríada de síntomas que presenta. Por último, pudieron probar la hipótesis de que cada forma de tratamiento usada en el tratamiento combinado (tratamiento para el control de la ansiedad y psicoterapia interpersonal para la depresión) afectaría los síntomas para los que fue diseñada.

El recuadro 4-3 presenta las descripciones de Moras y cols. (1993) del caso 2, un hombre de entre 30 y 40 años que padecía de trastorno de ansiedad generalizada y depresión mayor, así como sus puntuaciones semanales en medidas de informe personal de ansiedad y depresión a lo largo del tratamiento. Como puede verse, los niveles de ansiedad del caso 2 (puntuaciones IAB) y depresión (puntuaciones IDB) eran elevados y significativos desde el punto de vista clínico antes de que comenzara el tratamiento (en las semanas 1 y 2 de línea base). El tratamiento para el control de la ansiedad (TCA) se administró primero durante seis sesiones, seguido de una entrevista de evaluación (Eval). A continuación, se administró psicoterapia interpersonal para la depresión (PID) durante seis sesiones, seguida de otra entrevista de evaluación.

Son notables varias características de los resultados del caso 2. Primera, sus puntuaciones de ansiedad descendieron de manera significativa durante el curso del tratamiento para el control de la ansiedad. Sin embargo, también descendieron las puntuaciones de depresión. Además, tanto las puntuaciones de depresión como las de ansiedad parecieron disminuir (aunque no en forma tan acentuada) durante la fase de psicoterapia interpersonal para la depresión del tratamiento. Moras y colaboradores concluyeron que esta forma terapéutica combinada (tratamiento para el control de la ansiedad y psicoterapia interpersonal para la depresión) parecía eficaz en potencia para pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y depresión mayor. No obstante, al contrario de lo establecido en la hipótesis original, no se obtuvo evidencia de un impacto diferencial y específico del tratamiento para el control de la ansiedad en los síntomas de ansiedad y de la psicoterapia interpersonal para la depresión en los síntomas depresivos.

Este ejemplo ilustra bien cómo puede usarse el diseño de caso individual para documentar la eficacia del tratamiento (individual o combinado) para una condición clínica de ocurrencia común. Además, Moras y cols. pudieron probar una hipótesis respecto de la especificidad de los efectos del tratamiento usando una variante del diseño de línea base múltiple.

Por supuesto, todos estos diseños de sujeto individual, por definición, se centran en una persona. ¿Podemos generalizar lo que ha mostrado ser cierto para una persona a una población? Al igual que en los métodos de estudio de caso, la validez externa de los resultados o los intentos para generalizarlos pueden ser problemáticos. Pero en tanto estemos interesados en una persona o busquemos evidencia que nos alentará a iniciar más tarde un estudio experimental tradicional completo, el método tiene gran mérito.

Diseños mixtos

Las técnicas experimentales y de correlación se combinan en ocasiones en un *diseño mixto*. Aquí, los participantes que pueden dividirse en poblaciones específicas (por ejemplo esquizofrénicos frente a normales) son asignados como grupos a cada condición

RECUADRO 4-3

El tratamiento de la ansiedad y la depresión mixtas

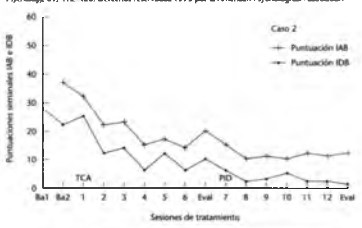
Moras, Teller y Barlow (1993, p. 414) proporcionan la siguiente descripción del caso 2:

> El paciente era un hombre de alrededor de 35 años con tres hijos (cuyas edades iban de 4 a 12 años). Trabajaba de tiempo completo en un puesto semicalificado. Sus quejas eran que "se desplomaba con facilidad y lloraba mucho", una "actitud descuidada", sentirse nervioso y sentir como si deseara salir corriendo de su trabajo. Cuando se le preguntaba por las relaciones en su vida, decía que él y su esposa "parecían ir por caminos separados". Sin embargo, pronto negaba la afirmación diciendo que no parecía que se estuvieran separando, sino estar más cercanos pero más independientes.
>
> El diagnóstico basado en dos entrevistas diagnósticas estructuradas independientes fue episodio de depresión mayor coprincipal (recurrente, moderado) 5 y TAG5.

A continuación se presentan las puntuaciones semanales obtenidas por el caso 2 en el Inventario de ansiedad de Beck (IAB) y en el Inventario de depresión de Beck (IDB).

Cambios semanales en las puntuaciones en el Inventario de ansiedad de Beck (IAB; Beck, Epstein y Brown, 1988) y en el Inventario de depresión de Beck (IDB; Beck, Steer y Garbin, 1988) para el caso 2. (Ba1 = Línea base semana 1; Ba2 = Línea base semana 2; TCA = tratamiento para el control de la ansiedad; Eval = semana de evaluación; PID = tratamiento de psicoterapia interpersonal para la depresión)

Fuente: Moras, K., Teller, L. A., & Barlow, D. H. (1993). Efficacy and specific effects data on new treatments: A case study strategy with mixed anxiety-depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 412-420. Derechos reservados 1993 por la American Psychological Association

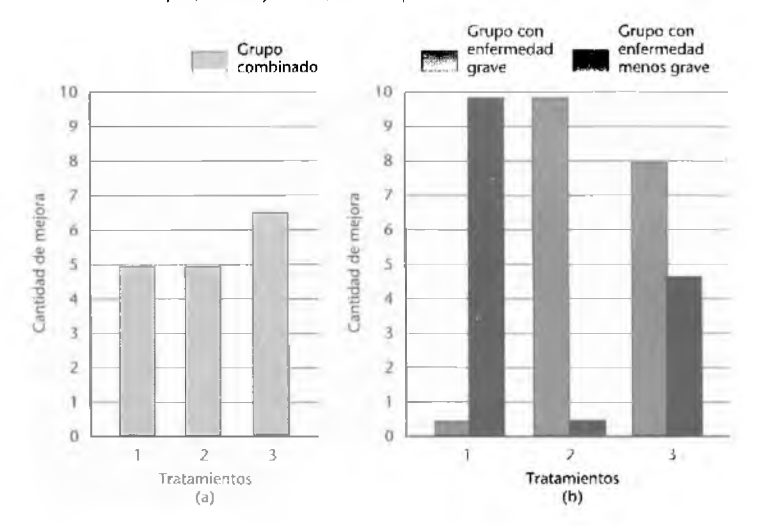


experimental. De esta forma, el investigador no manipula ni induce las variables como psicosis o normalidad. En lugar de ello, se correlacionan con la condición experimental.

Davison y Neale (1998) proporcionan un ejemplo hipotético excelente de la forma en que funcionan los diseños mixtos. Supongamos que decidimos investigar la eficacia de tres formas de terapia (la

FIGURA 4-6 Efectos de tres tratamientos en pacientes con problemas con varios grados de severidad

Fuente: tomado de *Abnormal Psychology, 7a.* ed., por G.C. Davison y J.M. Neale, p. 117. Derechos reservados © 1998 por John Wiley & Sons, Inc. Reimpreso con autorización.



manipulación experimental). Hacemos esto identificando pacientes psiquiátricos que puedan dividirse en dos grupos con base en la gravedad de su enfermedad (variable clasificatoria). ¿La efectividad del tratamiento varía con la gravedad de la enfermedad? Los resultados de esta investigación hipotética se muestran en la figura 4-6. La figura 4-6*b* presenta datos obtenidos cuando los pacientes se dividieron en dos grupos de acuerdo con la gravedad de su enfermedad. La figura 4-6*a* ilustra cómo podríamos habernos confundido sin esa división. Cuando se combinan todos los pacientes encontramos que el tratamiento 3 produjo la mayor mejora y somos llevados a creer, en forma errónea, que este tratamiento es el mejor. Pero cuando analizamos los datos de acuerdo con la gravedad de la enfermedad, el tratamiento 3 no es el preferido para ninguno de los grupos de pacientes. En lugar de ello (Fig. 4-6*b*), para los pacientes con problemas menos graves, el tratamiento 1 es deseable, mientras que para quienes tienen problemas más serios el tratamiento 2 sería preferible.

Más adelante en este libro se hará evidente que no hay una terapia "mejor" para todos los problemas y todas las personas. Sólo hay tratamientos que varían en efectividad para diferentes clases de problemas psicológicos y distintos tipos de personas. Los diseños mixtos pueden ayudarnos a discernir cuál es mejor para quién. Por supuesto, no debemos olvidar que en los diseños mixtos uno de los factores (por ejemplo, la gravedad de la enfermedad) no se manipula y esto plantea las clases de problemas comentados antes en el caso de los métodos de correlación (Davison y Neale, 1998).

Significancia estadística frente a significancia práctica

Después de calcular una estadística (como un coeficiente de correlación), puede determinarse si el número obtenido es significativo. De manera tradicional, si resulta que el valor obtenido (o uno más extremo) sólo puede ocurrir por azar menos de cinco veces de cada 100, se considera estadísticamente sig-

nificativo. Se dice que este valor es significativo en el nivel de .05, lo que por lo general se escribe $p < .05$. Entre mayor es la correlación, más probable es que resulte significativa. Pero cuando se incluyen grandes cantidades de participantes, incluso las correlaciones relativamente pequeñas pueden ser significativas. Con 180 participantes será significativa una correlación de .19; cuando sólo participan 30 sujetos, una correlación de .30 no sería significativa.

Por consiguiente, es importante distinguir entre *significancia estadística* y *significancia práctica* cuando se interpretan resultados estadísticos. La correlación de .19 puede ser significativa, pero la magnitud de la relación todavía es bastante modesta. Por ejemplo, podría ser cierto que en un estudio que incluye 5 000 estudiantes de segundo año de posgrado de psicología clínica de toda la nación hay una correlación de .15 entre sus puntuaciones en el GRE (examen de competencia que se realiza para ingresar al posgrado) y las estimaciones del personal docente de su competencia académica. Aun cuando la relación no es azarosa, la importancia real es bastante pequeña. La mayor parte de la varianza en las estimaciones de los profesores se debe a factores distintos que las puntuaciones del GRE. En algunos casos, puede juzgarse que una correlación de .15 es importante, pero en muchos casos no lo es. Al mismo tiempo, deberíamos recordar que aceptar niveles de significancia de .05 como no aleatorios representa una especie de tradición científica, pero no es sagrada. Otra información puede persuadirnos, en ciertos casos, de que deberían tomarse muy en serio niveles de significancia de .07 o .09.

Investigación y ética

En el capítulo 3 comentamos algunos de los problemas éticos referentes a la práctica de la psicología clínica. La investigación también comprende consideraciones éticas importantes. Como los pacientes, los participantes en investigaciones tienen derechos y los investigadores tienen responsabilidades con ellos.

En 1992, la Asociación Psicológica Estadounidense publicó un conjunto ampliado y actualizado de normas éticas para la investigación con participantes humanos (APA, 1992). Sólo ofrecemos una breve reseña aquí. Estas normas requieren que los investigadores:

1. Planeen la investigación de acuerdo con normas reconocidas de competencia científica y principios éticos
2. Pongan en práctica salvaguardas para el bienestar de los participantes, de terceros que puedan ser afectados por la investigación y por los animales usados como sujetos
3. Conserven la responsabilidad para asegurar las prácticas éticas en la investigación
4. Cumplan las leyes y reglamentos federales y estatales pertinentes
5. Obtengan la aprobación apropiada de las instituciones u organismos anfitriones antes de realizar la investigación
6. Establezcan acuerdos claros y justos con los participantes en su investigación, de modo que se aclaren los derechos y obligaciones de las partes
7. Obtengan el consentimiento informado de los participantes en la investigación, usando un lenguaje que sea comprensible con facilidad para ellos, y documentar su consentimiento
8. Tengan mucho cuidado, al ofrecer incentivos por la participación en la investigación, de que la naturaleza de la compensación (como servicios profesionales) quede clara y que los incentivos económicos o de otro tipo no sean tan excesivos que coaccionen la participación
9. Usen el engaño como parte de sus procedimientos sólo cuando no sea posible usar métodos alternativos
10. Protejan a los participantes de cualquier incomodidad, daño y peligro mental y físico que pudiera surgir durante la investigación
11. Informen a los participantes en la investigación del uso anticipado de los datos y de la posibilidad de compartir los datos con otros investigadores o de cualesquier otros usos futuros no previstos
12. Minimicen la invasividad de los procedimientos de investigación
13. Proporcionen a los participantes información al final de la investigación para borrar cualesquiera concepciones erróneas que puedan haber surgido
14. Traten a los sujetos animales con humanidad y de acuerdo con las leyes federales, estatales y locales, al igual que según las normas profesionales

Varios de estos puntos requieren un comentario más amplio.

RECUADRO 4-4

Tema controvertido *¿Quién debería ser estudiado?*

Durante algún tiempo, los psicólogos clínicos que realizan investigaciones han sido criticados por usar sobre todo muestras de conveniencia. La crítica se ha centrado en el uso de estudiantes universitarios en investigaciones análogas. Sin embargo, durante las décadas pasadas, se ha expresado una gran cantidad de preocupación sobre la falta relativa de investigación que incluya mujeres, minorías étnicas o ambas como participantes. De manera específica, algunos sienten que demasiados estudios usan muestras donde predominan los varones blancos. Algunos creen que las conclusiones a que se llega respecto de problemas psicológicos y su tratamiento pueden no ser válidas para mujeres o personas de color.

Estas preocupaciones no sólo han aumentado la conciencia de los científicos clínicos sobre estos asuntos, sino que ahora se exigen requisitos más formales para los estudios financiados con fondos del gobierno estadounidense. Ahora los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health, NIH) tienen una política respecto de la inclusión de mujeres y miembros de grupos minoritarios en todos los estudios que incluyan participantes humanos. De manera específica, estos grupos deben estar representados en los proyectos financiados por los NIH, a menos que un fundamento claro y apremiante establezca que la inclusión es inapropiada respecto de la salud de los participantes o para el propósito del estudio. De este modo se espera que los proyectos de investigación importantes puedan abordar la cuestión de si las conclusiones generales alcanzadas para los hombres o los participantes blancos también se sostienen para las mujeres y los miembros de grupos minoritarios.

Consentimiento informado. La buena práctica ética, al igual que los requisitos legales, demandan que los participantes den su *consentimiento informado* formal (por lo general por escrito) antes de participar en la investigación. Los investigadores informan a los participantes de cualesquier riesgos e incomodidades, así como de limitaciones en la *confidencialidad*. Además, les informan de cualquier compensación por su participación. En el proceso, el investigador acuerda garantizar la intimidad, seguridad y libertad de retirarse de los participantes. A menos que éstos conozcan el propósito general de la investigación y los procedimientos que se utilizarán, no pueden ejercer sus derechos en forma plena. El recuadro 4-5 presenta un ejemplo de una forma de consentimiento que se usó en uno de los proyectos de investigación del autor. Es probable que los formularios de otros investigadores o instituciones varíen en el lenguaje que se usa, y en los puntos que se enfatizan. Sin embargo, cabe esperar que la mayor parte de las formas de consentimiento contengan las características básicas de este ejemplo.

Confidencialidad. Los datos individuales y las respuestas de los participantes deberán ser confidenciales y protegidos del escrutinio público. En lugar de nombres, por lo general se usan números de código para proteger el anonimato. Aunque los resultados de la investigación por lo general están abiertos al público, se presentan de tal forma que nadie pueda identificar los datos de un participante específico. Por último, los psicólogos clínicos deben obtener el consentimiento antes de revelar cualquier información confidencial o identificable en lo personal en escritos, conferencias o presentaciones en cualquier otro medio masivo de comunicación (como entrevistas en televisión) del psicólogo.

Engaño. En ocasiones se oculta el propósito de la investigación o el significado de las respuestas de un participante. Este *engaño* sólo debe usarse cuando la investigación sea importante y no haya alternativa (en otras palabras, cuando la información verídica comprometería los datos de los participantes). El engaño nunca debe usarse a la ligera. Cuando se emplea, deben tomarse pre-

RECUADRO 4-5

Muestra de una forma de consentimiento

Desarrollo de características de personalidad
Forma de consentimiento
Clave ______________

Consentimiento para participar en el estudio de investigación

Consiento en participar en el estudio "Desarrollo de características de personalidad", patrocinado por el Departamento de Psicología de la Universidad de Missouri y realizado bajo la dirección de Timothy J. Trull, Ph. D. El objetivo de este proyecto de investigación es evaluar la forma en que se desarrollan las características de la personalidad en adultos jóvenes.

Entiendo que el estudio incluirá los siguientes procedimientos: 1) en el Momento 1 (ingreso al estudio), se me harán diversas preguntas, algunas de las cuales pueden ser en extremo delicadas o molestas, relacionadas con varios problemas personales que podría haber experimentado, al igual que sobre problemas personales que mis padres biológicos pueden haber experimentado (por ejemplo, depresión, sentimientos suicidas, abuso infantil). Entiendo que también responderé una entrevista computarizada y se me aplicarán dos cuestionarios de entrevista que permitirán al investigador elaborar un perfil psicológico. Entiendo que estas entrevistas serán grabadas en cinta de audio. Sólo el personal que participa en el proyecto tendrá acceso a estas cintas, las cuales se borrarán al final del proyecto. Por mi participación en el Momento 1, el cual durará alrededor de cuatro horas, seré compensado con 35 dólares por mi tiempo y esfuerzo.

2) En el Momento 2 (dos años después), se me harán diversas preguntas, algunas de las cuales pueden ser en extremo delicadas o molestas, respecto de varios problemas personales que podría haber experimentado, al igual que sobre problemas personales que pudieron haber experimentado mis padres biológicos. Entiendo que también contestaré una entrevista computarizada y se me darán dos cuestionarios de entrevista que permitirán al investigador elaborar un perfil psicológico. Por mi participación en el Momento 2, el cual durará alrededor de cuatro horas, seré compensado con 35 dólares por mi tiempo y esfuerzo. Por consiguiente, si participo en todos los aspectos de este estudio (es decir, en el Momento 1 y en el Momento 2) recibiré un total de 70 dólares. También entiendo que pueden ponerse en contacto conmigo en algún momento en el futuro y solicitarme que proporcione información de seguimiento. Entiendo que no tengo ninguna obligación de participar en este momento y que puedo retirarme en cualquier momento y solicitar que no se me pida participar en el futuro.

Autorizo al director del proyecto para que obtenga acceso a la siguiente información de la Oficina de Admisiones y Registro Escolar de la Universidad de Missouri en Columbia: clasificación y percentil de bachillerato, puntuaciones en la ACT, promedio de calificaciones en la Universidad de Missouri, puntuaciones de pruebas estandarizadas en la Universidad de Missouri y posiblemente alguna otra información relacionada con mi desempeño académico.

Entiendo que se han dado todos los pasos posibles para asegurar mi intimidad. Entiendo que el personal del proyecto codificará los resultados de esta investigación de tal manera que no se vinculará físicamente mi identidad a la información con que contribuya. El listado con mi identidad y mi número de clave de participante se mantendrán separados de la información en un expediente al que sólo tendrá acceso el personal del proyecto. Esta clave será destruida al concluir el proyecto de investigación. Aunque los investigadores no sepan en este momento cuándo puedan intentarse seguimientos adicionales, el proyecto se concluirá en un lapso de 15 años. También entiendo que estos identificadores serán conservados mientras dure el proyecto, a menos que lo solicite de otra manera. Entiendo que puedo ponerme en contacto con el director del proyecto en cualquier momento y solicitar que se destruyan todos los

identificadores que vinculan mi identidad con la información con que he contribuido. Si lo pido, todos los datos que he proporcionado y toda la información de identificación será destruida por el director del proyecto (Dr. Trull).

Me doy cuenta de que el propósito de este proyecto es examinar las relaciones entre ciertas variables en grupos de individuos y no evaluar las respuestas de un individuo particular. También entiendo que responder algunas de las preguntas sobre problemas, sentimientos y comportamientos personales, así como acerca de problemas que puedan haber experimentado mis padres biológicos, pueden causar incomodidad debido a su naturaleza delicada.

Entiendo que en el caso improbable de que se encuentre que soy suicida o que soy una amenaza inminente para alguien más, se hará del conocimiento de las autoridades apropiadas. Además, si divulgo información que indique que estoy enterado de un posible abuso de menores en curso o de información que plantee la sospecha de un abuso de menores en curso, también se notificará a las autoridades apropiadas. Entiendo que existe la posibilidad, aunque sea remota, de que la información que proporcione puede ser causa de que se me cite a declarar.

Entiendo que la participación es voluntaria, que no existe penalidad por rehusarme a participar y que soy libre de retirar mi consentimiento y descontinuar mi participación antes de completar la sesión. También entiendo que puedo rehusarme a responder cualesquiera preguntas individuales sin penalidad. En caso de que decida descontinuar mi participación, entiendo que no recibiré compensación alguna y que será destruida cualquier información que haya proporcionado en cualquier momento del estudio que esté vinculada conmigo en lo individual en cualquier forma. También se eliminará mi nombre o cualesquier otros identificadores de los registros.

Si en cualquier momento tengo preguntas sobre cualquier procedimiento en este proyecto, entiendo que puedo ponerme en contacto con el director del proyecto, Timothy J. Trull, Ph. D., en el 123-456-7890.

Nombre (letra de molde): ______________________

Firma: ______________________

Número de cuenta escolar: ______________________

Fecha: ______________________

cauciones extremas para que los participantes no abandonen el escenario de investigación sintiéndose explotados o desilusionados. Es importante que al final se revele a los participantes por qué fue necesario el engaño. No deseamos que se mermen los niveles de confianza interpersonal de los participantes. Es evidente que es muy importante cómo se obtiene el consentimiento informado cuando interviene el engaño.

Un ejemplo de la necesidad del engaño en un estudio podría ser un experimento en que se predice que ver revistas de armas (u otros materiales asociados con violencia potencial) conducirá a un incremento en las puntuaciones en un cuestionario que mide la hostilidad. A todos los participantes se les dice que el experimento se centra en la memoria a corto plazo y que completarán una tarea de memoria en dos ocasiones separadas por un periodo de espera de 15 minutos, durante el cual leerán artículos de revistas. Todos los participantes completan primero medidas de línea base (incluyendo el cuestionario de hostilidad). A continuación, completan una tarea de memoria administrada por computadora. Durante el periodo de espera, se pide al grupo experimental que lea selecciones de una revista de armas que se encuentra disponible en el laboratorio; al grupo control se le dice que lea selecciones de una revista de la naturaleza (neutral respecto de las imágenes violentas). Más tarde todos los participantes completan de nuevo la tarea de memoria administrada por computadora. Por último, todos los

participantes completan la batería de instrumentos de informe personal por segunda vez.

No estamos interesados en la viabilidad de esta hipótesis sino en la necesidad de algo de engaño en el experimento. Como puede verse, es probable que decir a los participantes el propósito real del experimento influiría en sus respuestas a los cuestionarios (en especial al que mide la hostilidad). Por consiguiente, el investigador podría tener que presentar el experimento como si se centrara en la memoria a corto plazo.

Revelación. Debido a que los participantes tienen derecho a saber por qué los investigadores están interesados en estudiar su comportamiento, es obligatoria la *revelación* al final de la investigación. Se les debe explicar por qué se realiza la investigación, por qué es importante y cuáles han sido los resultados. En algunos casos no es posible discutir los resultados debido a que la investigación todavía está en progreso, pero se les puede decir qué clase de resultados se esperan y que pueden regresar en una fecha posterior para una revelación completa si lo desean.

Datos fraudulentos. Difícilmente parece necesario mencionar que los investigadores están sujetos a las normas más estrictas de honestidad al informar sus resultados. En ninguna circunstancia pueden alterar los datos obtenidos en ninguna forma. Hacerlo podría acarrearles cargos por fraude y crear enormes problemas legales, profesionales y éticos. Aunque la frecuencia del fraude en la investigación psicológica ha sido mínima hasta ahora, debemos estar en guardia. No hay forma más rápida de perder la confianza del público que por medio de prácticas fraudulentas.

Los Principios éticos y código de conducta (Ethical Principles and Code of Conduct) de la APA completos, incluyendo los principios pertinentes a la realización de investigaciones, pueden encontrarse en el sitio web 4-1 que aparece al final de este capítulo.

Resumen del capítulo

Los psicólogos clínicos utilizan una amplia variedad de métodos de investigación para probar proposiciones teóricas sobre el comportamiento humano. La investigación también conduce a la modificación de teorías en una especie de sistema en espiral de retroalimentación. Los métodos de observación varían desde la observación no sistemática y naturalista, donde el científico puede ejercer poco o ningún control situacional, hasta formas más controladas de observación en que controla hasta cierto grado la situación en que se observará el comportamiento meta.

El método de estudio de caso es una forma de observación controlada que comprende el estudio intensivo y la descripción de una persona en tratamiento. Los estudios de caso documentan condiciones o acontecimientos raros o inusuales, ayudan a desmentir teorías o explicaciones que se cree aplicables a todos y facilitan la generación de hipótesis. Sin embargo, no dan como resultado leyes o principios universales aplicables a todos y no pueden conducir a conclusiones de causa y efecto.

Los métodos epidemiológicos se utilizan para estimar la frecuencia e incidencia de un trastorno o condición en la población; también permiten identificar factores de riesgo.

Los métodos de correlación evalúan y cuantifican las relaciones entre variables; esto puede estimular ideas o teorías acerca de las relaciones causales entre variables. Sin embargo, la correlación es un indicador de causalidad necesario pero no suficiente, la cual sólo puede establecerse por medio de métodos experimentales.

Los diseños de corte transversal comprenden un examen de los participantes en un punto en el tiempo, mientras que los diseños longitudinales los evalúan a lo largo de un periodo. Los estudios longitudinales permiten a los científicos evaluar relaciones de orden temporal entre factores que varían juntos y ayudan a abordar explicaciones de una tercera variable de las relaciones observadas. Por desgracia, los estudios longitudinales consumen tiempo, son costosos y se realizan con menos frecuencia que los estudios de corte transversal.

El método experimental es poderoso porque permite a los científicos evaluar cuestiones de causa y efecto y controlar diversos factores potencialmente importantes que afectan al comportamiento en cuestión. La validez interna se refiere al grado en que podemos estar seguros, con base en el diseño del experimentador, de que la manipulación de la variable independiente afectó a la variable dependiente. La validez externa se refiere al grado en que

los resultados del experimento son generalizables a otras condiciones, de preferencia del "mundo real". En algunos casos, por razones prácticas o éticas, no es posible realizar experimentos sobre problemas de la vida real. En estos casos, pueden usarse estudios análogos.

Una variante importante de los métodos experimental y de estudio de caso es el diseño de caso individual (por ejemplo, diseño ABAB, diseño de línea base múltiple). El diseño mixto combina características de los métodos correlativo y experimental y nos ayuda a evaluar cuáles intervenciones son mejores para quiénes. Por último, diversas consideraciones éticas intervienen en la realización de investigaciones, incluyendo la obtención del consentimiento informado, el aseguramiento de la confidencialidad, el uso apropiado del engaño, revelar la información al final de manera adecuada y la protección contra el fraude.

Términos clave

análisis factorial Método estadístico para examinar la interrelación entre diversas variables al mismo tiempo. Este método utiliza muchas correlaciones separadas para determinar cuáles variables cambian juntas, por lo que pueden tener alguna dimensión subyacente en común.

coeficiente de correlación Estadística (por lo general simbolizada con una *r*) que describe la relación entre dos variables. La *r* varía entre −1.00 y +1.00; su signo indica la dirección de la asociación y su valor absoluto indica la fuerza.

confidencialidad En la investigación con sujetos humanos, se refiere al principio de proteger los datos de los participantes individuales del escrutinio público.

confusión Situación en que no se controlan las variables extrañas o no puede mostrarse que existen por igual en los grupos experimental y de control. Cuando hay una confusión, uno no puede atribuir los cambios en la variable dependiente a la manipulación de la variable independiente.

consentimiento informado En la investigación con sujetos humanos, es requisito legal que los investigadores informen a los participantes potenciales acerca del propósito general del estudio, los procedimientos que se usarán, cualesquier riesgos, molestias o limitaciones en la confidencialidad, cualquier compensación por la participación y su libertad para retirarse del estudio en cualquier momento.

datos fraudulentos Datos que son fabricados, alterados o falsificados de alguna manera por el experimentador.

diseño longitudinal Diseño de investigación que compara al mismo grupo de individuos en dos o más puntos en el tiempo.

diseños ABAB Diseños de caso individual que observan cambios sistemáticos en el comportamiento de los participantes conforme se alternan las condiciones de tratamiento y sin tratamiento. El periodo de línea base inicial es seguido por un lapso de tratamiento, un intervalo de inversión del tratamiento y un segundo periodo de tratamiento.

diseños de caso individual Diseños que se centran en las respuestas de un participante. Por lo general, se introduce una intervención después de establecer una línea base confiable y se determinan sus efectos comparando el nivel de línea base del comportamiento con el nivel posterior a la intervención.

diseño de corte transversal Diseño de investigación que compara grupos diferentes de individuos en un punto en el tiempo.

diseños de línea base múltiple Diseño usado cuando no es posible o ético emplear un periodo de inversión del tratamiento. En este diseño se establecen líneas base para dos comportamientos (o más), se introduce el tratamiento para un comportamiento y luego el tratamiento para el segundo comportamiento. Al observar los cambios en cada comportamiento de un periodo al otro, pueden sacarse conclusiones acerca de la efectividad de los tratamientos.

diseños intergrupales Diseños en que cada uno de dos o más grupos separados reciben una clase diferente de tratamiento.

diseños intragrupales Diseños en que se compara el mismo grupo de participantes en diferentes momentos en el tiempo (digamos, antes y después de que se administre un tratamiento).

diseños mixtos Diseños de investigación que combinan métodos experimentales y de correlación. En este diseño, los participantes de los grupos de interés que ocurren en forma natural (por ejemplo, personas con trastorno de pánico o fobia social) se asignan a cada tratamiento experimental, lo que permite al experimentador averiguar si la efectividad de los tratamientos varía por la clasificación del grupo.

efecto placebo Describe el caso en que las expectativas derivadas de la manipulación experimental causan el resultado, en lugar (o además) de la manipulación.

engaño El engaño se usa en ocasiones en la investigación cuando conocer el propósito de un estudio cambiaría las respuestas de los participantes o produciría datos no verídicos.

epidemiología Estudio de la prevalencia, incidencia y distribución de la enfermedad o padecimiento en una población determinada.

estudio análogo Estudio que se realiza en el laboratorio en condiciones que se supone son análogas a la vida real.

expectativas Lo que el investigador o el participante en la investigación anticipan sobre el resultado experimental.

factor Dimensión que hipotéticamente subyace en un conjunto interrelacionado de variables.

factor de riesgo Una variable (por ejemplo, demográfica, ambiental) que incrementa el riesgo que corre una persona de experimentar una enfermedad o trastorno particular durante su vida.

gráfica de dispersión Representación visual de la relación entre dos variables. La gráfica de dispersión consiste en un eje *x* (etiquetado para reflejar una variable), un eje *y* (rotulado para reflejar la otra variable) y diversos puntos de datos, cada uno de los cuales corresponde a las puntuaciones de una persona en ambas variables.

grupo control Grupo en un diseño experimental que no recibe el tratamiento de interés. En el diseño experimental perfecto, los grupos experimental y control son similares en todas las variables excepto por la variable de tratamiento.

grupo experimental Grupo en un diseño experimental que recibe el tratamiento de interés.

hipótesis experimental Teoría o propuesta en que se basa un estudio experimental. A menudo predice los efectos del tratamiento administrado.

incidencia Tasa de casos nuevos de una enfermedad o trastorno que se desarrollan en un periodo determinado. Las cifras de incidencia nos permiten establecer si la tasa de casos nuevos es estable o cambia de un periodo al siguiente.

igualación Término usado cuando los participantes en los grupos experimental y control de la investigación son "iguales" o parecidos en variables (por ejemplo, edad, sexo) que puedan afectar el resultado de la investigación.

informes retrospectivos Información basada en los reportes de las personas sobre experiencias y acontecimientos pasados.

matriz de correlación Una serie que muestra las correlaciones entre todos los pares posibles de variables en la serie.

método de estudio de caso Método de investigación que consiste en la descripción intensiva o estudio de una persona (por lo general un cliente o paciente que está en tratamiento).

método experimental Estrategia de investigación que permite al investigador determinar relaciones de causa y efecto entre variables o sucesos.

métodos de correlación Métodos estadísticos que nos permiten determinar si una variable se relaciona con otra. En general, no nos permiten extraer inferencias sobre la causa y el efecto.

observación controlada Método de investigación similar a la observación naturalista, en que se hacen observaciones planeadas con cuidado en escenarios de la vida real, excepto que el investigador ejerce un grado de control sobre los acontecimientos que se observan.

observación naturalista Método de investigación en que se hacen observaciones planeadas con cuidado en escenarios de la vida real.

prevalencia Tasa general de casos (nuevos o antiguos) en un periodo determinado. Las cifras de prevalencia nos permiten estimar qué porcentaje de la población meta es afectado por la enfermedad o trastorno.

problema de la tercera variable Posibilidad de que una correlación entre las variables A y B se deba a la influencia de una tercera variable desconocida, en lugar de deberse a una relación causal entre A y B.

procedimiento doble ciego Procedimiento para evitar los efectos de las expectativas del experimentador o del participante. En un estudio doble ciego, ni el participante ni el experimentador saben qué tratamiento recibe el participante hasta el final del estudio.

revelación En la investigación con sujetos humanos, es requisito legal que los investigadores expliquen a los participantes el propósito, importancia

y resultados de la investigación después de su participación.

significancia estadística Término usado para describir valores estadísticos que no se esperaría que ocurrieran sólo por azar. Por convención, se considera que un valor tiene significancia estadística si se espera que se presente por azar sólo menos de cinco veces de cada 100.

validez interna Se considera que un experimento tiene validez interna en la medida en que el cambio en la variable dependiente es atribuible a la manipulación de la variable independiente.

validez externa Se considera que un experimento tiene validez externa en la medida en que sus resultados son generalizables más allá de las condiciones estrechas del estudio.

variable dependiente Variable en un diseño experimental que mide el investigador.

variable independiente Variable en un diseño experimental que manipula el investigador.

Sitios web de interés

4-1 Principios éticos y código de conducta de la APA (APA, Ethical Principles and Code of Conduct)

www.apa.org/ethics/code.html

4-2 Investigación con animales en psicología

www.apa.org/science/animal2.html

4-3 Lineamientos para la conducta ética en el cuidado y uso de animales

www.apa.org/science/anguide.html

4-4 Lineamientos de la APA para proveedores de servicios psicológicos a poblaciones étnica, lingüística y culturalmente diversas (APA, Guidelines for Providers of Psychological Services to Ethnic, Linguistic, and Culturally Diverse Populations)

www.apa.org/pi/guide.html

4-5 Cursos prácticos de métodos de investigación

http://trochim.human.cornell.edu/tutorial/tutorial.htm

CAPÍTULO CINCO

Diagnóstico y clasificación de los problemas psicológicos

PREGUNTAS PRINCIPALES

1. **¿Cuáles son las ventajas y desventajas de las tres principales definiciones de comportamiento anormal?**
2. **¿Qué es enfermedad mental o trastorno mental? ¿Por qué son importantes los diagnósticos de trastorno mental?**
3. **¿Cómo se elaboró el DSM-IV? Describa los cinco ejes diagnósticos usados para una formulación de diagnóstico según el DSM-IV.**
4. **¿Cómo se evalúan los sistemas de clasificación diagnóstica?**
5. **¿Cuál es el modelo diátesis-estrés de la psicopatología?**

RESEÑA DEL CAPÍTULO

FIGURA 5-1 En el siglo XIX, el tratamiento de la depresión consistía en hacer girar al paciente en una silla rotatoria
The Bettmann Archive. © Bettmann/CORBIS.



Por lo general, se considera que la psicología clínica es un campo aplicado. Los clínicos intentan aplicar principios psicológicos sustentados en forma empírica a problemas de adaptación y comportamiento anormal. Esto supone encontrar formas funcionales de cambiar el comportamiento, pensamientos y sentimientos de los clientes. De este modo, los psicólogos clínicos disminuyen la desadaptación o disfunción de sus clientes o incrementan sus niveles de adaptación.

Sin embargo, antes que los clínicos puedan formular y administrar intervenciones, deben evaluar los síntomas de psicopatología y los niveles de desadaptación de sus clientes. Es interesante notar que las definiciones precisas de éstos y otros términos relacionados pueden ser difíciles. Además, la manera en que se aplican los términos a los clientes algunas veces es bastante asistemática.

La psicología clínica ha avanzado más allá de las opiniones primitivas que definían a la enfermedad mental como posesión por demonios o espíritus. La desadaptación ya no es considerada un estado de pecado. Los siglos XVIII y XIX anunciaron la noción de que los individuos "dementes" son enfermos y requieren trato humano. Incluso entonces, las prácticas de salud mental podían ser extrañas, para decir lo menos (Fig. 5-1). Es evidente que las opiniones contemporáneas de los psicólogos clínicos son considerablemente más complejas que las de sus antepasados. Pero muchos ven tratamientos actuales como la terapia electroconvulsiva (TEC) con cierto escepticismo y preocupación.

Otros más pueden ver la popularidad de tratamientos que usan psicotrópicos (como antipsicóticos, antidepresivos, antimaniáticos o ansiolíticos) como menos comprendida. Por último, muchos tipos de "tratamiento psicológico" (por ejemplo, las terapias del grito primitivo y de la regresión de edad) en el mejor de los casos son cuestionables. Todos estos enfoques y perspectivas de tratamiento están ligados a las formas en que los psicólogos clínicos deciden quién necesita evaluación, tratamiento o intervención, así como al fundamento para proveer estos servicios. Estos juicios son influidos por las etiquetas o diagnósticos aplicados con frecuencia a la gente.

En este capítulo revisaremos en forma crítica algunas de las definiciones y etiquetas de la psicología clínica. De esta forma, quizá podamos esclarecer algunos de los problemas implicados en su uso.

Para darle una mejor idea de las actividades de los psicólogos clínicos que se especializan en el comportamiento anormal o psicopatología, presentamos un ejemplo específico en el perfil 5-1. Este perfil describe el trabajo de un *psicopatólogo*, un científico que estudia las causas de los trastornos mentales y los factores que influyen en su desarrollo.

¿Qué es el comportamiento anormal?

Pida a diez personas una definición de comportamiento anormal y puede ser que obtenga diez respuestas diferentes. Algunas de las razones por las que se dificulta definir el comportamiento anormal son 1) ninguna característica descriptiva individual es compartida por todas las formas de comportamiento anormal y ningún criterio de "anormalidad" es suficiente, y 2) no existe algún límite discreto entre el comportamiento normal y el anormal. Muchos mitos acerca del comportamiento anormal sobreviven y florecen aún en esta época ilustrada. Por ejemplo, muchos individuos aún lo equiparan con 1) comportamiento extraño, 2) comportamiento peligroso o 3) comportamiento vergonzoso.

En esta sección examinaremos con cierto detalle tres definiciones de comportamiento anormal que se han propuesto: 1) conformidad con las normas, 2) la experiencia de una aflicción subjetiva y 3) discapacidad o disfunción. Expondremos las ventajas y desventajas de cada definición. Aunque cada una resalta una parte importante de nuestra comprensión del comportamiento anormal, ninguna está completa por sí misma.

Conformidad con las normas: rareza estadística o violación de las normas sociales

Cuando el comportamiento de una persona tiende a conformarse con las normas sociales prevalecientes o cuando este comportamiento particular se observa con frecuencia en otras personas, no es probable que el individuo llegue a la atención de los profesionales de la salud mental. Sin embargo, cuando el comportamiento de una persona llega a ser manifiestamente desviado, extravagante o que no se conforma de alguna otra manera, entonces es más probable que sea clasificado como "anormal." Consideremos algunos ejemplos.

El caso de Billy A.

Billy está ahora en el segundo grado. Es de estatura y peso promedio y no manifiesta problemas físicos. Es algo agresivo y tiende a intimidar a niños más pequeños que él. Su nacimiento fue normal y aunque tardó un poco en aprender a caminar y hablar, la deficiencia no fue marcada. El primer grado le resultó difícil y su progreso fue lento. Al final del año escolar, estaba considerablemente retrasado respecto de su grupo. Sin embargo, los profesores decidieron pasarlo de cualquier modo. Razonaron que tan sólo era un poco lento en madurar y que se "recuperaría" pronto. Notaron que su situación como hijo único, con unos padres que lo adoraban, una atención de corta duración y la agresividad eran factores que se combinaban para producir su escaso rendimiento escolar.

Al inicio del segundo grado se aplicó a Billy una prueba de rendimiento de rutina, en la cual salió muy mal. Como parte de la política escolar, fue enviado al psicólogo escolar para un examen y evaluación individual. Con base en los resultados

PERFIL 3.1

Kenneth J. Sher, Ph. D.



Un psicopatólogo es un científico que estudia cómo se desarrollan los trastornos mentales y sus causas (etiología). Una proporción relativamente pequeña, pero muy productiva, de psicólogos clínicos que realizan investigaciones se denominan psicopatólogos. Kenneth J. Sher es un psicopatólogo prominente cuya investigación se centra en la etiología y desarrollo de los trastornos por uso del alcohol.

El doctor Sher fue distinguido como profesor Middlebush de psicología en la Universidad de Missouri-Columbia. Ha publicado más de 100 libros, capítulos de libros o artículos empíricos sobre cuestiones relacionadas con los trastornos por el uso del alcohol, metodología en la investigación de la psicopatología y relaciones entre personalidad y psicopatología. Ha recibido diversas becas federales para financiar su investigación, además de numerosos premios que reconocen sus contribuciones científicas.

Su trabajo empírico ha evaluado muchas teorías del uso del alcohol (por ejemplo, reducción de la tensión, conciencia de sí mismo), al igual que factores que influyen en el desarrollo de los trastornos por dicho uso en sujetos "en riesgo" (hijos biológicos de padres diagnosticados con alcoholismo). En la actualidad, el doctor Sher lleva a cabo un estudio prospectivo importante que evalúa a los sujetos "en riesgo" a intervalos regulares durante sus años universitarios y los primeros años adultos. Por ejemplo, uno de los estudios de este proyecto grande encontró que los hijos de alcohólicos reportaron mayor número de problemas de alcohol y drogas, mayores posibilidades de alcoholismo, un gran descontrol conductual y un rendimiento académico inferior a los sujetos control que no tienen una historia familiar de alcoholismo (Sher, Walitzer, Wood y Brent, 1991). Los datos de la fase prospectiva del estudio del doctor Sher se utilizarán para evaluar una variedad de modelos teóricos sobre la manera en que se desarrollan los problemas del alcoholismo y otras formas de psicopatología en los hijos de alcohólicos.

El doctor Sher respondió varias preguntas que le hicimos respecto de sus antecedentes e intereses, al igual que sobre sus predicciones acerca de las tendencias futuras para la psicología clínica y la investigación sobre psicopatología.

¿Qué lo hizo interesarse en el campo de la psicología clínica?

En realidad no estoy seguro. La psicología clínica era la cuarta y última opción de mis estudios de licenciatura. Llegué a la universidad con interés de convertirme en biólogo marino. Si la universidad hubiera tenido algún curso adecuado cuando ingresé (estaba en mitad de Ohio), es probable que ahora fuera biólogo marino. Después de un tiempo breve en la licenciatura en comunicaciones (enfocándome en los medios masivos de comunicación), cursé la licenciatura en psicología. Al principio estaba interesado en ser psicólogo cognoscitivo, debido a que nada me parecía más fundamental que una cuestión como "¿qué es el pensamiento?" y "¿cómo pensamos?" Sin embargo, encontré que la psicología cognoscitiva en esa época (principios de los setenta) era demasiado conductual y filosóficamente estéril (algo muy lejano del estado actual de la ciencia cognoscitiva).

Mi interés en la psicología clínica cuajó mientras trabajaba como asistente de investigación para Mardi Horowitz, un psiquiatra académico en San Francisco. Ahí me convencí de que puede aprenderse mucho sobre la naturaleza humana de un programa de investigación integrado que incluya estudios clínicos (los cuales ayudan a describir los fenómenos), investigacio-

(continúa)

Perfil 5-1 *(continuación)*

nes epidemiológicas (las cuales sirven para establecer el grado y curso de los fenómenos en la población) e investigación de laboratorio (que ayuda a probar hipótesis específicas sobre mecanismos subyacentes). Horowitz me dijo que entrar a la psicología clínica "sería el error más grande de mi vida"; él pensaba que debería ir a la escuela de medicina, y mi madre, por supuesto, estaba de acuerdo. Sin embargo, nunca he lamentado mi elección, aunque tener un laboratorio en un barco de investigación marina habría sido bueno también.

Describa cuáles actividades realiza como psicólogo clínico, al igual que sus áreas de experiencia.

Sobre todo soy investigador. Realizo tanto investigación de laboratorio sobre las diferencias individuales en los efectos del alcohol como estudios de campo del curso de los trastornos por uso de sustancias en adultos jóvenes. Me interesa en particular la interacción de la persona y el ambiente y la forma en que se desarrollan a lo largo del tiempo el riesgo y la protección de varios resultados "malos" en el ser humano en desarrollo. Paso la mayor parte del tiempo supervisando investigaciones de estudiantes graduados, analizando datos, redactando y revisando a compañeros (tanto artículos especializados como revisiones para becas). También participo en una gran cantidad de actividades administrativas aquí en el departamento de psicología. Digo que mi experiencia principal es en métodos de investigación clínica, alcoholismo, ansiedad e investigación de comorbidez.

¿Cuáles son las tendencias futuras que ve para la psicología clínica?

Siempre pienso que es arriesgado adivinar el futuro, pero es evidente que el papel del psicólogo clínico como proveedor de atención de la salud independiente está disminuyendo debido a la sobreoferta de psicólogos, la competencia de otros proveedores de salud mental y la atención financiada. Sin embargo, con los retos también vienen las oportunidades, y la escena cambiante de la salud mental podría proporcionar oportunidades para que los psicólogos clínicos tengan una gran influencia en el diseño de nuevos protocolos de tratamiento, la supervisión del personal encargado del tratamiento y la elaboración de políticas de salud conductual. En el frente de la investigación, los psicólogos clínicos están entrenados en forma única para unir varias disciplinas y pueden servir como dirigentes o colaboradores importantes en una variedad de iniciativas de estudio en la investigación básica en psicopatología y salud y en la evaluación de los resultados del tratamiento.

¿Cuáles son las áreas más promisorias para la investigación de la psicopatología?

La psicopatología está preparada para realizar varios descubrimientos importantes, gracias a los progresos básicos en disciplinas aliadas. Por ejemplo, los avances recientes en la obtención de imágenes neurológicas (TEP, IRMf) proporcionan las herramientas para entender mejor los mecanismos cerebrales que subyacen en ciertas formas de pensamiento y comportamiento anormales. La revolución genética molecular nos permitirá descubrir genes que contribuyen en varios trastornos del comportamiento y, al ayudarnos a entender cómo funcionan en el contexto del ambiente, deberán decirnos mucho más sobre la biología subyacente al igual que sobre procesos ambientales esenciales. En el presente, muchos psicólogos están a la defensiva respecto de la investigación genética; temen que trivializará o marginará la investigación básica sobre el comportamiento. Yo sostengo la opinión contraria: los avances en la genética nos permitirán refinar nuestras nociones sobre la función de las influencias no genéticas en el comportamiento. Además, los avances impresionantes en la metodología estadística y un aumento en el interés sobre la importancia de los datos prospectivos nos ayudarán a caracterizar mejor la psicopatología en el transcurso de la vida, y es probable que cambien nuestro sistema de diagnóstico a uno que vea más a la psicopatología en el contexto del desarrollo.

de la Escala de inteligencia Stanford-Binet, una prueba de dibujo de una persona, los registros escolares y una historia social tomada de los padres, el psicólogo concluyó que Billy sufría de retardo mental. Su CI era de 64 en la Stanford-Binet y se estimó en 61 con base en la prueba de dibujo de una persona. Además, un índice de madurez social derivado de informes de los padres sobre su comportamiento social fue bastante bajo.

El caso de Martha L.

Al parecer Martha tuvo una infancia normal. Progresó en forma adecuada en la escuela y causó pocos problemas a sus maestros o padres. Aunque nunca hizo amigos con facilidad, no podría describirse como retraída. Su historia médica era negativa. Cuando Martha ingresó al bachillerato empezaron los cambios. Peinaba su cabello con un estilo muy serio y simple. Elegía ropa que le quedaba bastante mal y que era casi como la que se usaba hace 50 años. No usaba maquillaje ni joyería. Donde antes habría sido difícil distinguirla de las otras chicas en su clase, ahora destacaba con facilidad.

El trabajo escolar de Martha empezó a empeorar. Pasaba horas sola en su cuarto leyendo la Biblia. También empezó a pasar notas a otras chicas en las que comentaba sobre la inmoralidad de ellas cuando las observaba tomadas de la mano con chicos, riendo tontamente, bailando y cosas por el estilo. Asistía constantemente a servicios religiosos; algunas veces en domingo iba al servicio a cinco o seis iglesias separadas. Ayunaba con frecuencia y decoraba los muros de su casa con incontables cuadros de Cristo, citas religiosas y crucifijos.

Cuando Martha al fin dijo a sus padres que se iba a unir a una oscura secta religiosa y a viajar por todo el país (en un estado de pobreza) para llevar el mensaje de Cristo al país, se preocuparon y la llevaron a un psiquiatra. Poco después, fue hospitalizada. Su diagnóstico variaba, pero incluía términos como esquizofrenia tipo paranoide, personalidad esquizoide y esquizofrenia tipo indiferenciado.

Ambos casos son ejemplos de individuos que suelen ver los psicólogos clínicos para evaluación o tratamiento. La peculiaridad que los caracteriza de inmediato es que los comportamientos de Billy y Martha violan normas. Billy puede considerarse anormal debido a que su CI y rendimiento escolar se apartan en forma considerable de la media. Este aspecto de desviación de la norma es muy claro en el caso de Billy, ya que puede describirse en forma estadística y con números. Una vez que se logra esta clasificación numérica, es segura la asignación de Billy a la categoría desviada. Martha también llamó la atención de la gente porque es *diferente*. Sus ropas, apariencia e intereses no van conforme a las normas típicas de las mujeres en su cultura.

Ventajas de esta definición. La definición de anormalidad en términos de rareza estadística o violación de normas sociales es atractiva al menos por dos razones.

1. *Puntos de corte*: el enfoque de rareza estadística es interesante porque establece *puntos de corte* que son de naturaleza cuantitativa. Si el punto de corte en una escala es 80 y la puntuación de un individuo es 75, la decisión de etiquetar su comportamiento como anormal es un tanto sencilla. Este principio de desviación estadística se usa con frecuencia en la interpretación de puntuaciones de pruebas psicológicas. Los autores de la prueba designan un punto de corte en el manual de la prueba, a menudo basado en la desviación estadística de la puntuación media obtenida por una muestra "normal" de personas que respondieron la prueba, y las puntuaciones en el punto de corte o fuera de éste se consideran "clínicamente significativas" (es decir, anormal o desviada).

2. *Atractivo intuitivo*: puede parecernos obvio que otros evalúen del mismo modo los comportamientos que consideramos anormales. La lucha por definir con exactitud la conducta anormal no tiende a molestarnos debido a que, como dijo una vez un juez de la Suprema Corte de Justicia acerca de la pornografía, creemos que la conocemos cuando la vemos.

Problemas con esta definición. Los criterios de conformidad parecen desempeñar una función sutil pero importante en nuestros juicios de los demás. Sin embargo, aunque debemos buscar en

forma sistemática los determinantes de la inconformidad o desviación del individuo, debemos resistir la tendencia refleja de clasificar cada comportamiento inconformista como evidencia de problemas de salud mental. De hecho, los criterios de conformidad tienen diversos problemas.

1. *Elección de puntos de corte*: las definiciones orientadas a la conformidad están limitadas por la dificultad de establecer puntos de corte en que todos concuerden. Como se señaló antes, un corte es muy fácil de usar una vez establecido. Sin embargo, se dispone de muy pocos lineamientos para elegirlo. Por ejemplo, en el caso de Billy, ¿hay algo mágico respecto a un CI de 64? La práctica tradicional establece el punto de corte en 70. Si se obtiene un CI por debajo de 70, se puede diagnosticar como retardo mental. Pero, ¿una puntuación de 69 es muy diferente de una de 72? Es difícil justificar de forma racional tales puntos de corte de CI arbitrarios. Este problema es igual de prominente en el caso de Martha. ¿Son demasiados cinco crucifijos en la pared? ¿Es aceptable asistir a tres servicios religiosos por semana?

2. *Cantidad de desviaciones*: otra dificultad con las normas de no conformidad es la cantidad de comportamientos que uno debe evidenciar para merecer la etiqueta "desviado". En el caso de Martha, ¿sólo fueron los crucifijos, o fue la configuración conductual completa: crucifijos, ropa, maquillaje, retraimiento, ayuno, etcétera? Si Martha hubiera manifestado sólo tres categorías de comportamiento inusual, ¿la habríamos clasificado como desviada?

3. *Relatividad cultural*: el caso de Martha ilustra un punto adicional. Su comportamiento no era desviado en un sentido absoluto. Si hubiera sido miembro de una familia excepcionalmente religiosa que aprobara creencias y prácticas religiosas radicales, quizá jamás se le clasificaría como desadaptada. En resumen, lo que es desviado para un grupo no tiene que serlo para otro. Por tanto, es importante la noción de *relatividad cultural*. Del mismo modo, los juicios pueden variar dependiendo de si provienen de la familia, las autoridades escolares o los compañeros. Esta variabilidad puede contribuir a una falta de confiabilidad de los diagnósticos, debido a que incluso los juicios de los clínicos pueden ser relativos al grupo o grupos a los que pertenecen.



La apariencia o el atuendo pueden violar normas sociales, pero no necesariamente indican anormalidad o psicopatología
PhotoDisc.

También hay que destacar otros dos puntos acerca de la relatividad cultural. Primero, llevar las nociones de relatividad cultural al extremo puede colocar a casi todo grupo de referencia más allá del reproche. Las culturas pueden reducirse a subculturas y las subculturas a miniculturas. Si no somos cuidadosos, este proceso de reducción puede dar como resultado que juzguemos casi todo comportamiento como saludable. Segundo, la elevación de la conformidad a una posición preponderante puede ser alarmante. Sólo hay que recordar que los llamados inconformistas han hecho algunas de las contribuciones sociales más benéficas. También puede llegar a ser muy fácil eliminar a aquellos cuyo comportamiento diferente o inusual molesta a la sociedad. Hace algunos años, en Rusia, los disidentes políticos eran colocados a menudo en hospitales mentales. En Estados Unidos en ocasiones sucede que la familia del tío Arturo, de 70 años, logra hospitalizarlo, en gran medida para obtener poder sobre sus bienes. Su desviación es que, a los 70

RECUADRO 5-1

Tema controvertido *Cultura y psicopatología*

La cultura puede influir en la manifestación, curso y tratamiento de la psicopatología en muchas formas (Basic Behavioral Science Task Force of the National Advisory Mental Health Council, 1996):

- Aunque hay semejanzas entre las culturas respecto al modo de expresar facialmente las emociones, la forma en que se experimentan e interpretan las emociones y los cambios corporales varía entre ellas.
- Al parecer, raza y etnicidad continúan siendo factores de riesgo para la enfermedad mental y la disfunción psicosocial.
- La discriminación racial y étnica puede producir niveles crónicos de estrés que tienen consecuencias en la salud mental.
- Hay una relación considerable entre la posición socioeconómica (PSE) y la enfermedad mental; una PSE baja puede desempeñar una función causal en el inicio y curso de ciertos trastornos mentales.
- En Estados Unidos, el incremento de las mujeres en la fuerza laboral puede tener efectos importantes en las relaciones matrimoniales, las prácticas de educación de los hijos y la adaptación de éstos.

Por consiguiente, los psicólogos clínicos deben considerar los factores culturales cuando evalúan a un cliente o paciente por comportamiento anormal o psicopatología. Como recordatorio para los clínicos, el DSM-IV (el manual de diagnóstico de trastornos mentales oficial, que se expone más adelante en este capítulo) proporciona tres tipos de información relacionada con las consideraciones culturales:

- Se comentan en el texto las variaciones culturales en las presentaciones clínicas de los diversos trastornos mentales.
- Se describen los síndromes vinculados con la cultura (por ejemplo, el *koro* en los países del este de Asia).
- Se presenta un bosquejo para la "formulación cultural". La formulación cultural proporciona una revisión sistemática de la identidad cultural del individuo, explicaciones culturales para los problemas que se presentan, factores culturales relacionados con el ambiente psicosocial e influencias culturales potenciales en la relación entre el individuo y el clínico.

años, está gastando demasiado del dinero que heredará la familia. Por último, si todos estos puntos no son suficientes, algunas veces la conformidad *excesiva* ha sido la base para juzgar anormales a las personas.

Aflicción subjetiva

Ahora cambiemos el punto de vista de las percepciones del observador a las percepciones del individuo afectado. Aquí los datos básicos no son desviaciones observables del comportamiento, sino los sentimientos subjetivos y la sensación de bienestar del individuo. Las consideraciones cruciales son si una persona se siente feliz o triste, tranquila o preocupada, y satisfecha o vacía. Si la persona está agobiada por la ansiedad, entonces está desadaptada, sin importar si la ansiedad parece producir comportamientos manifiestos con cierto tipo de desviación.

El caso de Cynthia S.

Cynthia ha estado casada 23 años. Su esposo es un ingeniero civil muy exitoso. Tienen dos hijos, uno en bachillerato y el otro en la universidad. No hay nada en la historia de Cynthia que sugiera problemas psicológicos. Su inteligencia rebasa el promedio y cursó dos años de universidad antes de,

casarse. Todas sus amistades la caracterizan como dedicada a su familia. De todas sus características, las que parecen describirla mejor incluyen su fuerte sentido de responsabilidad y capacidad para hacer las cosas. Siempre ha sido una "luchadora". Puede continuar funcionando con eficacia a pesar de una gran cantidad de tensión y ansiedad personales. Es una persona afectuosa, aunque no demuestra sus sentimientos o problemas.

Hace poco se inscribió en un curso nocturno en el colegio comunitario local. En ese curso, se solicitó a los estudiantes que escribieran un relato "existencial" de sus personalidades más profundas. El psicólogo que enseñó el curso se sorprendió al encontrar los siguientes fragmentos en el relato de Cynthia:

"En la mañana, a menudo siento como si no fuera a lograr terminar el día. Frecuentemente experimento dolores de cabeza y siento que me dan náuseas. Me asusto terriblemente cuando tengo que conocer gente o ser anfitriona en una fiesta. A veces tengo una sensación tremenda de tristeza; si esto se debe a mi falta de identidad personal, no lo sé."

Lo que sorprendió al instructor fue que ninguno de estos sentimientos que expresó eran evidentes en su comportamiento manifiesto. Ella parecía segura, razonablemente asertiva, competente, alegre y sociable.

El caso de Robert G.

En el curso de un reporte de escrutinio de rutina para una promoción, Robert fue entrevistado por el analista de personal en la compañía contable para la que trabajaba. Varios compañeros de Robert en la oficina también fueron interrogados acerca de él. En el curso de estas entrevistas, se establecieron varios puntos.

Robert era una persona muy segura de sí misma. Parecía muy seguro de sus metas y de lo que necesitaba para alcanzarlas. Aunque difícilmente era una persona despreocupada, estaba contento con su progreso hasta el momento. Nunca expresaba las ansiedades e incertidumbre que parecían típicas de muchos de sus compañeros. No había nada que sugiriera alguna aflicción interna. Incluso sus enemigos reconocían que Robert "las tenía todas consigo".

Estos enemigos empezaron a ser bastante visibles conforme avanzaba el proceso de escrutinio. Robert no le caía bien a mucha gente en la oficina. Tendía a usar a las personas y no reparaba en pasar encima de ellas de vez en cuando para ascender en su carrera. Por lo general era desconsiderado y con frecuencia absolutamente cruel. En particular era insensible a los que estaban debajo de él. Le encantaba el humor étnico y parecía deleitarse en sus prejuicios hacia grupos minoritarios y hacia las mujeres que se entrometían en un "mundo de hombres". Incluso en casa, su esposa e hijo reportaban que los tenía en una constante agitación debido a sus demandas insensibles de atención y servicios.

Es obvio que Cynthia y Robert son dos clases muy diferentes de personas. El comportamiento de Cynthia es, en un sentido, bastante conformista. Su habilidad para afrontar sería causa de admiración para muchos. Pero es infeliz, está en conflicto y experimenta mucha ansiedad. Un psicólogo clínico podría no sorprenderse si se presentara en el consultorio. Sin embargo, es probable que sus amigos se conmocionaran al enterarse de que había buscado ayuda psicológica.

En contraste, muchos de los amigos, socios y familiares de Robert se alegrarían si buscara ayuda, en vista de que la mayoría lo describió, en un momento u otro, como enfermo. Pero Robert no está en discordia consigo mismo. No ve nada malo en él y es probable que reaccionara en forma negativa ante cualquier sugerencia de que debe buscar terapia. Además, es probable que su falta de motivación para la terapia haría que fuera una empresa inútil.

Ventajas de esta definición. Definir el comportamiento anormal en función de la *aflicción subjetiva* tienen algún sentido. Parece razonable esperar que los individuos puedan evaluar si experimentan problemas emocionales o conductuales y compartir esta información cuando se les pide que lo hagan. De hecho, muchos métodos de evaluación clínica (por ejemplo, inventarios de informe personal, entrevistas clínicas) dan por sentado que

quien los responde se percata de su estado interno y responderá con honestidad acerca de su aflicción personal. De alguna forma, esto alivia al clínico de la carga de hacer un juicio absoluto respecto al grado de desadaptación de quien responde.

Problemas con esta definición. La cuestión es si Cynthia, Robert o ambos están desadaptados. El juicio dependerá del criterio o valores de uno. Desde un punto de vista estricto de reporte subjetivo, Cynthia califica pero Robert no. Este ejemplo sugiere que etiquetar a alguien como desadaptado no es muy significativo, a menos que se especifiquen las bases para el juicio y se establezcan las manifestaciones conductuales.

No todos los que consideramos "trastornados" reportan aflicción subjetiva. Por ejemplo, los clínicos a veces encuentran individuos que pueden tener poco contacto con la realidad que manifiestan tranquilidad interna. No obstante, estos individuos son institucionalizados. Tales ejemplos nos recuerdan que los informes subjetivos deben ceder a veces ante otros criterios. Otro problema se refiere a la cantidad de aflicción subjetiva necesaria para considerarla anormal. Todos nos percatamos de nuestras ansiedades de vez en cuando, así que la ausencia total de tales sentimientos no puede ser el único criterio de adaptación. ¿Cuánta ansiedad se permite, y por cuánto tiempo, antes de adquirir una etiqueta? Muchos afirmarían que el mismo hecho de estar vivo y en un ambiente que puede no ser nunca satisfactorio por completo nos producirá ansiedades. Por tanto, como en el caso de otros criterios, el uso de reportes fenomenológicos está sujeto a limitaciones. Hay cierto encanto en la idea de que si deseamos saber si una persona es desadaptada, deberíamos preguntarle, pero hay peligros obvios al hacerlo.

Discapacidad o disfunción

Una tercera definición de comportamiento anormal invoca el concepto de *discapacidad o disfunción*. Para considerar anormal al comportamiento, debe crear algún grado de problemas sociales (interpersonales) u ocupacionales para el individuo. La disfunción en estas dos esferas a menudo es bastante evidente tanto para el individuo como para el clínico. Por ejemplo, la carencia de amistades o de relaciones debido a la falta de contacto interpersonal se consideraría indicativo de disfunción social, mientras que la pérdida del trabajo por problemas emocionales (como depresión) sugeriría disfunción ocupacional.

El caso de Richard Z.

Richard fue convencido por su esposa para que consultara a un psicólogo clínico. Contactos previos con psiquiatras habían resultado en una ocasión en un diagnóstico de "neurosis hipocondriaca" y en otra en uno de "personalidad agresiva pasiva". Richard no había trabajado en varios años, aun cuando tenía una licenciatura en biblioteconomía. Afirma que es incapaz de encontrar empleo debido a su salud. Reporta una variedad de síntomas físicos, incluyendo mareos, dificultades para respirar, debilidad y sensaciones "curiosas" en el área abdominal. Ir de un médico a otro le había permitido acumular una pila impresionante de píldoras que tomaba sin cesar. Sin embargo, ninguno de sus médicos había hallado que algo físico estuviera mal en él.

Cuando era niño, Richard era la niña de los ojos de su madre. Lo adoraba, lo elogiaba en forma constante y por lo general reforzaba la idea de que era alguien especial. Su padre desapareció alrededor de 18 meses después de que Richard nació. Su madre murió hace seis años y él se casó poco después. Desde entonces, su esposa ha mantenido a ambos, lo que le permitió terminar la universidad. Sólo hasta hace poco ella comenzó a aceptar que puede haber algo mal en Richard.

El caso de Phyllis H.

Phyllis es una estudiante universitaria. Está en su sexto año de estudios de licenciatura pero todavía no se titula. Ha cambiado de carrera al menos cuatro veces y también ha tenido que abandonar la escuela en cuatro ocasiones.

Sus deserciones de la escuela se han asociado con su hábito de consumir drogas. En dos ocasiones, su familia la internó en un hospital para enfermos mentales; en otras dos, cumplió sentencias cortas en prisión después de habérsele encontrado culpable de cargos de hurto. De vez en cuando, se dedica a la prostitución para financiar su consumo de drogas. Por lo general puede obtener dinero de sus padres, quienes parecen tener una facilidad extraña para aceptar sus justificaciones extravagantes. Se le ha diagnosticado "trastorno de personalidad antisocial" y "farmacodependencia (cocaína)".

De acuerdo con la definición de discapacidad/disfunción, estos dos casos sugerirían la presencia de comportamiento anormal. Richard depende por completo de su esposa (disfunción social), y esto, aunado a su letanía de malestares somáticos y su incapacidad para afrontar el estrés, lo ha dejado desempleado (disfunción ocupacional). El hábito de Phyllis de consumir drogas ha interferido con su funcionamiento ocupacional (en este caso, la escuela).

Ventajas de esta definición. Quizá la mayor ventaja de adoptar esta definición de comportamiento anormal es que se requiere relativamente poca inferencia. Los problemas en las esferas social y ocupacional a menudo *impulsan* a los individuos a buscar tratamiento. Con frecuencia se da el caso de que los individuos *advierten* el grado de sus problemas emocionales cuando éstos afectan sus relaciones familiares o sociales, al igual que afectan de manera significativa su desempeño ya sea en el trabajo o en la escuela.

Problemas con esta definición. ¿Quién establecería las normas para la disfunción social u ocupacional? ¿El paciente, el terapeuta, amigos o el patrón? En algunas formas, los juicios respecto al funcionamiento social y ocupacional son relativos, no absolutos, y entrañan una norma orientada al valor. Aunque la mayoría de nosotros puede estar de acuerdo en que tener relaciones y contribuir con la sociedad como empleado o estudiante son características valiosas, es difícil concordar en qué constituye un nivel adecuado de funcionamiento en esas esferas. En resumen, puede ser difícil alcanzar un consenso confiable sobre la naturaleza de las relaciones sociales y las contribuciones de un individuo como trabajador o estudiante. Luego de reconocer este problema, los psicopatólogos han elaborado inventarios de informe personal y entrevistas especiales para evaluar el funcionamiento social y ocupacional en una forma sistemática y confiable (véase Goldman y cols., 1992, para una revisión de estos instrumentos).

Para resumir, se usan varios criterios a fin de definir el comportamiento anormal. Cada criterio tiene sus ventajas y desventajas, y ninguno equivale a una norma de oro. La aplicación de cualquiera de estos criterios supone cierta subjetividad. Como declaró uno de los autores en otra parte,

> La conclusión inevitable... es que sólo es posible una definición de anormalidad (desadaptación, patología, etc.) con referencia a un conjunto de juicios de valor. Caracterizar a alguien como anormal es afirmar que [*sic*] necesita tratamiento. En resumen, alguien ha decidido que el paciente necesita ayuda para cambiar sus comportamientos: un pariente, un tribunal o quizá el paciente mismo... Una vez que alguien decide que el paciente necesita tratamiento, entonces nuestro psiquiatra o psicólogo puede emitir una opinión sobre la mejor forma de efectuar los cambios deseados. Pero la decisión para el tratamiento como una función de anormalidad debe basarse en el sistema de valores de alguien; no reside en la psiquiatría o en la psicología. (Phares, 1967, p. 501.)

¿Dónde nos deja esto?

Como se expuso en la sección anterior, todas las definiciones de comportamiento anormal tienen ventajas y desventajas. Estas definiciones pueden incorporar con facilidad ciertos ejemplos de comportamiento anormal, pero es fácil proporcionar excepciones que no encajan en ellas. Por ejemplo, todos podemos pensar en un "comportamiento anormal" que no se clasificaría como tal si adoptamos el criterio de aflicción subjetiva (por ejemplo, una manía de ir de compras), así como en otro que se podría clasificar en forma *incorrecta* como anormal si adoptamos la definición de la violación de normas (por ejemplo, las proezas atléticas de una estrella de la NFL).

También es importante notar que *el comportamiento anormal no siempre indica enfermedad mental*. Más bien, el término *enfermedad mental* se refiere a una amplia clase de síndromes observados con frecuencia que constan de ciertos comportamientos o características anormales. Estos comportamientos o características anormales tienden a covariar o a ocurrir juntos, de manera que a menudo están presentes en el mismo individuo. Por ejemplo, la depresión mayor es una enfermedad mental ampliamente reconocida cuyas características (como estado de ánimo deprimido, perturbación del sueño, perturbación del apetito e ideación suicida) tienden a ocurrir juntas en el mismo individuo. Sin embargo, un sujeto que manifestó sólo una o dos de ellas no recibirá este diagnóstico y podría no catalogarse como enfermo mental. Uno puede manifestar una amplia variedad de comportamientos anormales (según sean juzgados por cualquier definición) y aun así no recibir un diagnóstico de trastorno mental.

Enfermedad mental

Al igual que el comportamiento anormal, el término *enfermedad mental* o *trastorno mental* es difícil de definir. Para cualquier definición vienen a la mente las excepciones. No obstante, parece importante definir la enfermedad mental en lugar de asumir que todos compartimos la misma idea implícita de lo que es la enfermedad mental.

La cuarta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; American Psychiatric Association, 1994) conocido como DSM-IV, el sistema de diagnóstico oficial para los trastornos mentales en Estados Unidos, establece que un trastorno mental

> se conceptualiza como un síndrome o patrón conductual o psicológico significativo desde el punto de vista clínico que ocurre en un individuo y que se asocia con una aflicción presente (por ejemplo, un síntoma doloroso) o discapacidad (es decir, deterioro en una o más áreas de funcionamiento importantes) o con un incremento significativo en el riesgo de sufrir muerte, dolor, discapacidad o una pérdida importante de la libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser tan sólo una respuesta esperable y sancionada desde el punto de vista cultural ante un acontecimiento particular, por ejemplo, la muerte de un ser querido. Cualquiera que sea su causa original, en el momento actual debe considerarse una manifestación de una disfunción conductual, psicológica o biológica en el individuo. Ni el comportamiento desviado (por ejemplo, religioso, político o sexual) ni los conflictos que hay de manera principal entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a menos que la desviación o conflicto sean un síntoma de la disfunción en el individuo según se describió con anterioridad (pp. xxi-xxii).

Es importante señalar varios aspectos de esta definición: 1) el *síndrome* (grupo de comportamientos anormales) debe asociarse con aflicción, discapacidad o un incremento en el riesgo de tener problemas; 2) se considera que un trastorno mental representa una disfunción *dentro de un individuo*, y 3) no todos los comportamientos desviados o conflictos con la sociedad son signo de trastorno mental.

Es probable que el lector astuto haya notado que la definición de trastorno mental del DSM-IV incorpora las tres definiciones de comportamiento anormal que se presentaron en este capítulo. Por una parte, la definición del DSM-IV es más amplia que cualquiera de las tres definiciones individuales de comportamiento anormal presentadas antes. Por otra parte, es más restrictiva debido a que se centra en síndromes, o grupos de comportamientos anormales, que se asocian con la aflicción, la discapacidad o con un incremento en el riesgo de tener problemas.

Importancia del diagnóstico

Antes de aceptar sin crítica esta definición o dar por sentada la utilidad de diagnosticar y clasificar a los individuos, necesitamos responder una cuestión básica: ¿por qué deberíamos usar diagnósticos de trastorno mental? El *diagnóstico* es un tipo de clasificación en categorías en un nivel experto que es esencial para nuestra supervivencia, ya que nos permite hacer distinciones importantes (por ejemplo, un resfriado leve frente a una neumonía viral, un tumor maligno frente a uno benigno). El diagnóstico de los trastornos mentales es un nivel experto de clasificación en categorías utilizado por

profesionales de la salud mental que nos permite efectuar distinciones importantes (por ejemplo, esquizofrenia frente a trastorno bipolar con características psicóticas).

Al menos hay cuatro ventajas importantes en el diagnóstico. Primera, y quizá la más importante, una función primordial del diagnóstico es la comunicación. Puede transmitirse una riqueza de información con un solo término diagnóstico. Por ejemplo, un paciente con un diagnóstico de esquizofrenia paranoide fue enviado a uno de los autores por un colega de la ciudad de Nueva York. De inmediato, sin saber nada más sobre el paciente, un patrón de síntomas vino a la mente (delirios, alucinaciones auditivas, disfunción social u ocupacional grave, signos continuos de la enfermedad durante al menos seis meses). El diagnóstico puede considerarse como una "abreviatura verbal" para representar características de un trastorno mental particular. Usar criterios de diagnóstico estandarizados (como los que aparecen en el DSM-IV) asegura algún grado de comparabilidad respecto de las características del trastorno mental entre pacientes diagnosticados en California, Missouri, Manhattan (Nueva York) o Manhattan, Kansas.

Los sistemas de diagnóstico para trastornos mentales son útiles en especial para la comunicación debido a que estos sistemas clasificatorios son descriptivos en gran medida; es decir, los comportamientos y síntomas característicos de los diversos trastornos se presentan sin referencia a teorías respecto de sus causas. Como resultado, puede usarlos un diagnosticador de casi cualquier convicción teórica. Si cada psicólogo usara un sistema de clasificación basado en una teoría diferente, es probable que resultara una gran cantidad de problemas de comunicación.

Segunda, el uso de diagnósticos permite y promueve la investigación empírica en psicopatología. Los psicólogos clínicos definen grupos experimentales en función de las características diagnósticas de los individuos, lo que permite comparaciones entre grupos respecto de características de personalidad, desempeño en pruebas psicológicas o en una tarea experimental. Además, la forma en que se definen y describen los constructos diagnósticos estimulará la investigación de los criterios individuales de los trastornos, de conjuntos de criterios alternativos y de la comorbidez (ocurrencia conjunta) entre trastornos.

Tercera, y en un estilo relacionado, la investigación sobre la etiología, o causas, del comportamiento anormal sería casi imposible sin un sistema estandarizado de diagnóstico. A fin de investigar la importancia de los *factores etiológicos* potenciales para un síndrome *psicopatológico* determinado, primero debemos asignar los sujetos a grupos cuyos miembros compartan características diagnósticas. Por ejemplo, hace varios años se planteó la hipótesis de que la experiencia de abuso sexual en la infancia puede predisponer a los individuos a desarrollar características de trastorno de personalidad limítrofe (TPL). Los primeros intentos empíricos para valorar la veracidad de esta hipótesis incluyeron la evaluación de la frecuencia del abuso sexual en la infancia en grupos bien definidos de sujetos con trastorno de personalidad limítrofe así como en controles psiquiátricos que no tenían trastorno limítrofe. Estos estudios iniciales indicaron que el abuso sexual en la infancia ocurre con bastante frecuencia en individuos con TPL y que estas tasas son significativamente mayores que las encontradas en pacientes con otros diagnósticos de trastorno mental (sin TPL). Para poder alcanzar estos tipos de conclusiones, tenía que existir un método confiable y sistemático para asignar a los sujetos a la categoría de TPL.

Por último, los diagnósticos son importantes porque, al menos en teoría, pueden sugerir cuál modo de tratamiento tiene mayor probabilidad de ser efectivo. En efecto, ésta es una meta general de un sistema de clasificación para trastornos mentales (Blashfield y Draguns, 1976). Como afirman Blashfield y Draguns (1976, p. 148): "La decisión final sobre el valor de una clasificación psiquiátrica para la predicción descansa en una evaluación empírica de la utilidad de la clasificación para decisiones de tratamiento." Por ejemplo, un diagnóstico de esquizofrenia nos sugiere que es más probable que la administración de un medicamento antipsicótico sea más efectiva que una psicoterapia psicoanalítica. Sin embargo, es importante señalar una cosa de paso. Aunque, en teoría, el vínculo entre diagnóstico y tratamiento parecería justificar el tiempo requerido en la evaluación diagnóstica, a menudo varios tratamientos parecen ser igual de efectivos para un trastorno individual.

En resumen, el diagnóstico y la clasificación de la psicopatología tienen muchas funciones útiles. Sean investigadores o profesionistas (practicantes), los psicólogos clínicos contemporáneos utilizan alguna forma de esquema diagnóstico en

su trabajo. En este punto, pasaremos a una breve descripción de los sistemas de clasificación que se han utilizado para diagnosticar trastornos mentales a lo largo de los años; luego, nos detendremos en las características del sistema de clasificación diagnóstica más utilizado en Estados Unidos: el DSM-IV.

Primeros sistemas de clasificación

Los sistemas de clasificación para los trastornos mentales han proliferado durante muchos años. Por ejemplo, la referencia más antigua a un síndrome depresivo apareció desde el 2600 a.C. (Menninger, 1963). Desde esa época se ha incrementado tanto la cantidad como la amplitud de los sistemas de clasificación. Para proporcionar alguna medida de orden en este caos, el Congreso de Ciencia Mental adoptó un sistema de clasificación en 1889 en París. Pueden rastrearse intentos más recientes hasta la Organización Mundial de la Salud y su *International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death* (Clasificación estadística internacional de enfermedades, lesiones y causas de muerte) de 1948, la cual incluía una clasificación del comportamiento anormal.

En 1952, la Asociación Psiquiátrica Estadounidense publicó su propio sistema de clasificación en el *Manual diagnóstico y estadístico*, obra que contenía un glosario que describía cada una de las categorías de diagnóstico que se incluyeron. Esta primera edición, conocida como DSM-I, fue seguida por revisiones en 1968 (DSM-II), 1980 (DSM-III) y 1987 (DSM-III-R). En la actualidad, el sistema de clasificación más empleado es el antes mencionado *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, cuarta edición (DSM-IV), el cual apareció en 1994. Todos estos manuales son encarnaciones de los esfuerzos de Emil Kraepelin a fines del siglo XIX (Fig. 5-2). Para ilustrar cómo han cambiado las cosas durante los pasados 50 años, compare el sistema británico en uso a fines de los años cuarenta (tabla 5-1) con el sistema DSM-IV (tabla 5-2).

Desde la década de los cincuenta hasta principios de los sesenta, se desvaneció el entusiasmo por el diagnóstico psiquiátrico (Robins y Helzer, 1986). Se dijo que el diagnóstico era deshumanizante e ignoraba la variación individual. Pero el diagnóstico en psiquiatría y psicología ha reaparecido. Los cambios más revolucionarios en nuestro sistema de diagnóstico se introdujeron en el DSM-III, publicado en 1980. Estos cambios incluyeron el uso de criterios diagnósticos explícitos para trastornos mentales, un sistema multiaxial de diagnóstico, un enfoque descriptivo para el diagnóstico que intentaba ser neutral respecto de las teorías de la etiología y mayor énfasis en la utilidad clínica del sistema de diagnóstico. Debido a que estas innovaciones se han conservado en las ediciones subsiguientes del DSM (DSM-III-R y DSM-IV), se describirán en la siguiente sección.

FIGURA 5-2 Emil Kraepelin es considerado por lo general como el padre de los sistemas modernos de diagnóstico y clasificación psiquiátricos
Culver Pictures, Inc.



DSM-IV

La cuarta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV) se publicó en 1994. Un proceso empírico de tres etapas guió las revisiones del manual de diagnóstico previo (DSM-III-R). Primera, se realizaron 150 revisiones extensas de la literatura sobre cuestiones

TABLA 5-1 Clasificaciones de los trastornos mentales utilizada por la Asociación Médico-Psicológica Real a fines de la década de los cuarenta

PARTE I

A. Oligofrenia (debilidad mental, deficiencia mental)
   1. Idiotez
   2. Imbecilidad
   3. Debilidad mental (imbécil)
   4. Deficiencia moral

B. Neurosis y psiconeurosis
   1. Estados de agotamiento (incluye neurastenia)
   2. Estados de ansiedad
   3. Compulsiones, obsesiones y fobias
   4. Histeria
   5. Mixtas y otras formas

C. Psicosis esquizofrénica
   1. Demencia precoz
      a. Simple
      b. Hebefrénica
      c. Catatónica
      d. Paranoide
   2. Parafrenia
   3. Otras formas

D. Constitución psicopática (incluye paranoia)

E. Psicosis afectiva
   1. Psicosis maniacodepresiva (ciclotimia)
      a. Júbilo
      b. Depresión
      c. Estupor
   2. Melancolía involutiva

F. Estados de confusión

G. Psicosis epiléptica

H. Parálisis general

I. Otras psicosis asociadas con enfermedad cerebral orgánica

J. Demencia

K. Tipos indeterminados

Fuente: adaptado de Henderson y Gillespie (1950, pp. 20-21).

importantes de diagnóstico. Estas revisiones fueron sistemáticas y minuciosas. Los resultados condujeron a recomendaciones para las revisiones y sirvieron para documentar el fundamento y apoyo empírico de los cambios que se hicieron en el DSM-IV. Segunda, se analizaron 40 conjuntos importantes de datos existentes en casos en que las revisiones de la literatura no resolvían de manera adecuada el problema de diagnóstico abordado. Tercera, se llevaron a cabo 12 pruebas de campo del DSM-IV a fin de evaluar la utilidad clínica y poder predictivo de conjuntos de criterios alternativos para trastornos seleccionados (por ejemplo, trastorno de personalidad antisocial). En resumen, los cambios hechos en el DSM-IV se basaron en datos empíricos en un grado mucho mayor que en ediciones anteriores. En la tabla 5-2 aparece una versión condensada del DSM-IV.

Una evaluación diagnóstica completa del DSM-IV es una *evaluación multiaxial*. Los clientes o pacientes son evaluados a lo largo de cinco ejes o dominios de información. Cada uno de estos ejes o dominios debe ayudar en la planeación del tratamiento y en la predicción del resultado. El *Eje I* se usa para indicar la presencia de cualquiera de los trastornos clínicos u otras condiciones de interés, con la excepción de los trastornos de personalidad y el retardo mental. Estas dos clases de diagnósticos se codifican en el *Eje II*. El *Eje III* se utiliza para resaltar cualquier condición médica actual que pudiera tener importancia para la conceptualización o tratamiento del trastorno clínico del Eje I o Eje II de un individuo. Los problemas psicosociales y ambientales pertinentes para el diagnóstico, tratamiento y pronóstico se indican en el *Eje IV*. Por último, en el *Eje V* se proporciona una estimación cuantitativa (del 1 al 100) del nivel general de funcionamiento de un individuo. Cada uno de estos cinco ejes contribuye con información importante acerca del paciente y juntos ofrecen una descripción bastante amplia de los principales problemas, factores causantes de estrés y nivel de funcionamiento del sujeto.

El caso de Michelle M.

Michelle M. era una mujer de 23 años que fue admitida en una unidad hospitalaria para internos después de su sexto intento de suicidio en dos años. Ella dijo a su ex novio (quien había roto con ella una semana antes) que se había tragado una botella de aspirinas y éste la llevó de inmediato a la sala de urgencias local. Michelle tenía una historia de cinco años de síntomas depresivos múltiples que nunca amainaban; sin embargo, éstos no habían sido lo bastante graves

TABLA 5-2 Versión condensada del DSM-IV

Eje I: *trastornos clínicos u otras condiciones que puedan ser un foco de atención clínica*

- Trastornos que por lo general se diagnostican por primera vez en la infancia, niñez o adolescencia (por ejemplo, trastornos penetrantes del desarrollo)
- Delirio, demencia y otros trastornos amnésicos y cognoscitivos
- Trastornos mentales debidos a una condición médica general
- Trastornos relacionados con sustancias (por ejemplo, abuso de alcohol, dependencia a la cocaína)
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
- Trastornos del estado de ánimo (como depresión mayor, trastorno bipolar)
- Trastornos de ansiedad (por ejemplo, agorafobia, trastorno de estrés postraumático)
- Trastornos somatoformes (por ejemplo, hipocondría)
- Trastornos facticios
- Trastornos disociativos (como trastorno disociativo de la identidad)
- Trastornos sexuales y de la identidad de género (por ejemplo, vaginismo, fetichismo)
- Trastornos alimentarios (como anorexia nerviosa)
- Trastornos del sueño (por ejemplo, narcolepsia)
- Trastornos del control de los impulsos (como cleptomanía)
- Trastornos de adaptación
- Otras condiciones que puedan ser el foco de atención clínica (por ejemplo, duelo)

Eje II *trastornos de la personalidad y retardo mental*

- Trastornos de la personalidad (por ejemplo, limítrofe, antisocial, dependiente, paranoide)
- Retardo mental

Eje III: *condiciones médicas generales potencialmente pertinentes para comprender o manejar el trastorno mental del individuo*

Eje IV: *problemas psicosociales y ambientales*

- Problemas con el grupo de apoyo primario
- Problemas relacionados con el ambiente social
- Problemas educativos
- Problemas ocupacionales
- Problemas de vivienda
- Problemas económicos
- Problemas con el acceso a los servicios de atención de la salud
- Problemas relacionados con la interacción con el sistema legal o penal
- Otros problemas psicosociales y ambientales

Eje V *Escala de Evaluación Global del Funcionamiento (EGF)**

Clave	*Descripción*
100 a 91	Funcionamiento superior en una amplia gama de actividades.
81 a 90	Ausencia o mínimo de síntomas (por ejemplo, ansiedad leve antes de un examen), buen funcionamiento en todas las áreas, interesado e involucrado en una amplia gama de actividades, efectivo desde el punto de vista social, satisfecho en general con la vida, no más que los problemas o preocupaciones cotidianas (por ejemplo, disputas ocasionales).
71 a 80	Si hay síntomas presentes son reacciones transitorias esperables ante factores psicosociales productores de estrés.
61 a 70	Algunos síntomas leves.
51 a 60	Síntomas moderados.
41 a 50	Síntomas serios (por ejemplo, ideación suicida, rituales obsesivos fuertes, hurtos frecuentes) o cualquier deterioro serio en el funcionamiento social, ocupacional o escolar (como falta de amigos, incapacidad para conservar un empleo).
31 a 40	Algún deterioro en la prueba de la realidad o la comunicación.
21 a 30	Los delirios o alucinaciones influyen de manera considerable en el comportamiento.
11 a 20	Algún peligro de hacerse daño o lastimar a los demás.
1 a 10	Peligro persistente de herirse gravemente o herir a los demás (por ejemplo, violencia recurrente), incapacidad persistente para mantener una higiene personal mínima o actos suicidas serios con una expectativa de muerte clara.
0	Información inadecuada.

*Sólo se proporciona aquí información completa para las claves 90-81, 50-41 y 10-1.

Fuente: adaptado de American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4a. ed Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994. Reimpreso con autorización.

como para necesitar hospitalización o tratamiento. Incluían estado de ánimo disfórico, pérdida del apetito, autoestima baja, mala concentración y sentimientos de desesperación.

Además, tenía una historia de diversos problemas bastante graves desde su adolescencia. Primero, padecía gran dificultad para controlar sus emociones. Era propensa a volverse intensamente disfórica, irritable o ansiosa de un momento a otro. A menudo estos intensos estados afectivos negativos eran impredecibles y, aunque frecuentes, rara vez duraban más de cuatro o cinco horas. Michelle también informó una larga historia de comportamientos impulsivos, incluyendo abuso de múltiples sustancias, promiscuidad excesiva (un promedio de alrededor de 30 parejas sexuales en un año) e ingestión excesiva de comida. Su ira era impredecible y bastante intensa. Por ejemplo, una vez usó un martillo para derribar una pared después de obtener una mala calificación en un examen.

Las relaciones de Michelle con sus amigos, novios y padres eran intensas e inestables. Las personas que pasaban tiempo con ella solían quejarse de que a menudo se enojaba con ellas y las devaluaba sin razón aparente. También reportaba en forma constante un temor intenso de que los demás (incluyendo sus padres) la abandonaran. Por ejemplo, en una ocasión se aferró a la pierna de un amigo y fue arrastrada hasta la puerta del auto de éste mientras trataba de convencerlo de que se quedara a cenar. Además, había intentado abandonar su hogar y asistió a universidades en ciudades cercanas en cuatro ocasiones. Cada vez regresaba a casa en unas pocas semanas. Antes de su admisión en el hospital, las palabras que dijo a su ex novio por teléfono fueron: "Quiero terminar con todo. Nadie me quiere."

La evaluación diagnóstica según el DSM-IV para Michelle M. se muestra en la tabla 5-3.

Son notables varias características de esta formulación diagnóstica. Primera, Michelle ha recibido múltiples diagnósticos en el Eje I. Esto se permite, e incluso se fomenta, en el sistema DSM-IV debido a que el objetivo es describir los problemas del cliente en forma amplia. Segunda, se puede notar que su diagnóstico de trastorno de personalidad limítrofe (TPL) en el Eje II se considera el *diagnóstico principal*. Esto significa que esta condición es la causa básica de su internamiento y puede ser el foco del tratamiento. Por último, su puntuación en *Evaluación Global del Funcionamiento* (Global Assessment of Functioning; GAF) en el Eje V indica un deterioro serio; en este caso, peligro de dañarse.

TABLA 5-3 Evaluación diagnóstica: Michelle M.

Eje I:	300.4	Trastorno distímico, inicio temprano
	305.00	Abuso de alcohol
	305.20	Abuso de marihuana
	305.60	Abuso de cocaína
	305.30	Abuso de alucinógenos
Eje II:	301.83	Trastorno de personalidad limítrofe (DIAGNÓSTICO PRINCIPAL)
Eje III:	ninguno	
Eje IV:	Problemas con el grupo de apoyo primario Problemas educativos	
Eje V:	GAF = 20 (actual)	

Problemas generales en la clasificación

Hemos descrito en forma breve el DSM-IV para darle una idea general de lo que significa la clasificación psiquiátrica. Sin embargo, es importante examinar diversas cuestiones amplias relacionadas con la clasificación en general y con el DSM-IV en particular. La tabla 5-4 presenta un resumen de los ocho problemas principales que se exponen a continuación.

Categorías o dimensiones. En esencia, las categorías de trastorno mental representan una tipología. Con base en ciertos síntomas presentes o en una historia particular de síntomas, el paciente es colocado en una *categoría*. Este enfoque tiene varias limitaciones potenciales. Primera, en demasiados casos, es fácil confundir dicha clasificación con la explicación. Si uno no es cuidadoso, hay una tendencia a pensar "este paciente está experimentando obsesiones debido a que tiene un trastorno obsesivo-compulsivo" o "esta persona actúa en forma psicótica porque tiene

TABLA 5-4 Problemas generales en la clasificación

Categorías o dimensiones
¿El modelo categórico adoptado en el DSM-IV (es decir, el trastorno está presente o ausente) es apropiado? ¿Es preferible un modelo dimensional?

Bases para la clasificación en categorías
¿Debe haber varias formas de elaborar juicios diagnósticos? ¿Esto crea demasiada heterogeneidad dentro de una categoría de diagnóstico?

Pragmática de la clasificación
¿Cómo decidimos la inclusión de una condición en el manual de diagnóstico?

Descripción
¿Se describen en forma adecuada las características de las categorías de diagnóstico? ¿Los criterios de diagnóstico son específicos y objetivos?

Confiabilidad
¿Son confiables los juicios diagnósticos? ¿Pueden estar de acuerdo diferentes diagnosticadores en la clasificación de un individuo?

Validez
¿Podemos hacer predicciones significativas basados en nuestro conocimiento del diagnóstico de un individuo?

Prejuicio
¿Las características de los trastornos en el DSM-IV están prejuiciadas contra individuos particulares debido a su género, raza o antecedentes de PSE? ¿Los diagnosticadores están prejuiciados en su interpretación o aplicación de los criterios de diagnóstico?

Cobertura
¿Los diagnósticos del DSM-IV se aplican a las personas que se presentan para tratamiento psicológico o psiquiátrico? ¿El DSM-IV es demasiado estrecho en su cobertura o es demasiado amplio?

esquizofrenia". Cuando ocurre esta clase de pensamiento, la explicación ha sido suplantada por una forma circular de descripción.

Además, como se señaló antes en este capítulo, el comportamiento anormal no es cualitativamente diferente del llamado comportamiento normal. Más bien, son puntos extremos de una *dimensión* continua. La diferencia entre el llamado comportamiento normal y el comportamiento psicótico, por ejemplo, es de grado más que de tipo (Chapman y Chapman, 1985). Pero los diagnósticos de trastorno mental en función de categorías indican que los individuos tienen el trastorno en cuestión o no. Este tipo de razonamiento de todo o nada puede contraponerse con lo que sabemos sobre la forma en que se distribuyen los síntomas de la psicopatología en la población. Por ejemplo, un modelo categórico del trastorno de personalidad limítrofe (TPL), como se presenta en el DSM-IV (es decir, presente frente a ausente), puede no ser apropiado debido a que los individuos difieren sólo respecto de cuántos síntomas exhiben (una diferencia cuantitativa). En otras palabras, el modelo categórico puede representar mal la naturaleza verdadera del constructo limítrofe (Trull, Widiger y Guthrie, 1990). De hecho, puede haber relativamente pocos constructos diagnósticos que sean de naturaleza categórica.

Bases para la clasificación en categorías. A fin de clasificar a los pacientes psiquiátricos, uno debe usar una variedad amplia de métodos y principios. En algunos casos, los pacientes son clasificados casi sólo con base en su comportamiento actual o síntomas que presenta. En otros casos, el juicio se hace casi por completo con base en su historia. En el caso de la depresión mayor, por ejemplo, se puede diagnosticar a un individuo con base en una entrevista de diagnóstico realizada por un clínico; otro, debido a un resultado de laboratorio, como una prueba de supresión de dexametasona (PSD) "positiva"; otro más, como consecuencia de sus puntuaciones en una medida de informe personal de depresión. Los resultados de laboratorio proporcionan la base para algunos diagnósticos de trastornos cognoscitivos (por ejemplo, demencia vascular), mientras que otros diagnósticos de trastorno cognoscitivo (como el delirio) sólo se determinan por observación conductual. Por tanto, la empresa diagnóstica puede ser bastante complicada para el clínico y exigir tanto conocimiento como acceso a una amplia variedad de técnicas de diagnóstico. Un aspecto importante es que resulta probable que sea heterogénea la inclusión en cualquier categoría diagnóstica debido a que hay múltiples bases para un diagnóstico.

Pragmática de la clasificación. La clasificación psiquiátrica siempre ha estado acompañada por cierto grado de atractivo hacia la autoridad médi-

ca, pero existe un aspecto democrático concurrente en el sistema que es bastante intrigante. Por ejemplo, por muchos años la psiquiatría consideró a la homosexualidad como una enfermedad que debía curarse por medio de intervención psiquiátrica. Como resultado del cambio de actitudes de la sociedad y otras razones psicológicas válidas, se retiró la homosexualidad del sistema DSM y ahora se considera como un estilo de vida alternativo (véase Spitzer, 1981). Sólo cuando su orientación sexual perturba a los homosexuales o desean cambiar, encontramos la homosexualidad en el DSM-IV (como un ejemplo bajo la categoría "trastorno sexual no especificado de otra manera"). El punto aquí no es si esta decisión fue válida o no. La cuestión es cómo se tomó la decisión de quitar la homosexualidad del sistema DSM. El fallecimiento de la homosexualidad como entidad patológica ocurrió por medio del voto de la comunidad psiquiátrica.

Este ejemplo también sirve como recordatorio de que los sistemas de clasificación como el DSM son elaborados por comités. Los miembros representan variadas circunscripciones científicas, teóricas, profesionales e incluso económicas. En consecuencia, el producto adoptado de la clasificación final puede representar un documento político que refleja compromisos que lo harán aceptable para una clientela profesional heterogénea.

Descripción. Sin duda, el DSM-IV proporciona descripciones minuciosas de las categorías de diagnóstico. Para los trastornos del Eje I y II, se presenta una descripción detallada de los síntomas de cada categoría de diagnóstico. Como ejemplo, la tabla 5-5 ofrece los criterios de diagnóstico del DSM-IV para el trastorno alimentario *bulimia nerviosa*. El DSM también da información adicional para cada diagnóstico, incluyendo la edad de inicio, curso, frecuencia, complicaciones, patrones familiares, consideraciones culturales, características descriptivas, trastornos mentales asociados y resultados de laboratorio relacionados. Todos estos detalles descriptivos reforzarán la confiabilidad y validez del sistema.

Confiabilidad. Un esquema que no puede establecer su confiabilidad tiene serios problemas. En este contexto, la *confiabilidad* se refiere a la consistencia de los juicios diagnósticos entre estimadores.



TABLA 5-5 Criterios del DSM-IV para la bulimia nerviosa

A. Episodios recurrentes de ingestión excesiva de alimentos. Un episodio de ingestión excesiva de alimentos se caracteriza por lo siguiente:
   1) Comer, en un periodo discreto (por ejemplo, dentro de cualquier lapso de dos horas), una cantidad de comida definitivamente mayor a la que ingeriría la mayoría de las personas durante un periodo similar y en circunstancias semejantes.
   2) Sensación de falta de control de la ingestión de alimentos durante el episodio (por ejemplo, un sentimiento de que uno no puede dejar de comer o controlar qué o cuánto ingiere).

B. Comportamiento compensatorio inapropiado recurrente a fin de impedir el aumento de peso, como vómito autoinducido; mal uso de laxantes, diuréticos, enemas u otros medicamentos; ayuno, o ejercicio excesivo.

C. La ingestión excesiva de alimentos y los comportamientos compensatorios inapropiados ocurren, en promedio, al menos dos veces a la semana durante tres meses.

D. La autoevaluación es influida en forma indebida por la forma del cuerpo y el peso.

E. La perturbación no ocurre en forma exclusiva durante episodios de anorexia nerviosa.

Tipo específico

Tipo purgante: durante el episodio actual de bulimia nerviosa, la persona ha practicado en forma regular el vómito autoinducido o el mal uso de laxantes, diuréticos o enemas.

Tipo no purgante: durante el episodio actual de bulimia nerviosa, la persona ha usado otros comportamientos compensatorios inapropiados, como ayunar o hacer ejercicio excesivo, pero no ha practicado en forma regular el vómito autoinducido o el mal uso de laxantes, diuréticos o enemas.

Fuente: reimpreso con autorización del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994).

Uno de los cambios importantes que se ven en el DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), la inclusión de criterios específicos y objetivos para cada trastorno, reflejó un intento para incrementar la confiabilidad del sistema de diagnóstico. Si los psicólogos A y B observan el mismo paciente pero no pueden concordar en el diagnóstico, entonces

sus diagnósticos no sirven porque no sabemos cuál aceptar. Esta situación plagó a los sistemas de diagnóstico estadounidenses durante muchos años. Por ejemplo, Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh (1962) realizaron uno de los primeros estudios que ilustra la falta de confiabilidad de los sistemas de diagnóstico anteriores. Dos psiquiatras entrevistaron a los mismos 153 pacientes psiquiátricos recién admitidos. El acuerdo general entre ellos fue sólo de 54 por ciento. Algunos de los desacuerdos en el diagnóstico parecían surgir de inconsistencias en la información que presentaban los pacientes a los psiquiatras. Por ejemplo, el paciente A puede haber sido relativamente abierto con el psiquiatra F y menos con el psiquiatra G. Pero mucho del problema de falta de confiabilidad parecía estar en los diagnosticadores, en el sistema de diagnóstico, o en ambos.

Ciertos factores prácticos también pueden reducir la confiabilidad entre diagnosticadores. En ocasiones sucede que una institución en particular no admitirá pacientes que lleven cierto diagnóstico. Pero un profesional de la salud mental puede creer con firmeza que el paciente podría beneficiarse con la admisión (o quizá no tiene otro lugar a dónde ir). ¿Qué debe hacer? La opción "humanitaria" parece ser alterar un diagnóstico o al menos "arreglarlo" un poco. El paciente con dependencia al alcohol de pronto es diagnosticado con alguna otra cosa. Del mismo modo, una compañía de seguros puede reembolsar a una clínica por el tratamiento de pacientes con un diagnóstico pero no con otro. O tal vez un diagnóstico permite seis visitas a terapia y otro da hasta 15 sesiones. Por consiguiente, cabe manipular un diagnóstico de manera intencional o no intencional.

Estos ejemplos pueden llevarnos a creer que la falta de confiabilidad del diagnóstico es la regla y no la excepción. Sin embargo, Meehl (1977), por ejemplo, siente que el diagnóstico psiquiátrico no es tan poco confiable como se le ha hecho parecer. De manera específica, Meehl afirma que si nos limitamos a las categorías de diagnóstico principales, requerimos una exposición clínica adecuada al paciente y estudiamos a clínicos bien entrenados que toman en serio el diagnóstico, entonces el acuerdo entre clínicos alcanzará niveles aceptables.

TABLA 5-6 Preguntas de la SIDP-IV utilizadas para evaluar un criterio del trastorno de personalidad dependiente

CRITERIO 1-DEPENDIENTE: TIENE DIFICULTAD PARA TOMAR DECISIONES COTIDIANAS SIN UNA CANTIDAD EXCESIVA DE CONSEJOS Y PALABRAS TRANQUILIZADORAS DE OTROS

Preguntas que se deben formular

Algunas personas disfrutan al tomar decisiones y otras prefieren tener alguien en quien confían que les diga qué hacer. ¿Cuál prefiere?

¿A menudo recurre a otros en busca de consejo sobre decisiones cotidianas como qué almorzar o cuáles ropas comprar?

Puntuación

0 = ausente
1 = por debajo del umbral
2 = presente
3 = presente totalmente

Fuente: adaptado de *Structured Interview for DSM-IV Personality* (SIDP-IV; Pfohl, Blum y Zimmerman, 1994). Derechos reservados 1989, 1994. Utilizado con autorización.

El campo de la psicopatología ha comenzado a abordar estas preocupaciones sobre la confiabilidad elaborando *entrevistas de diagnóstico estructuradas* que en esencia "obligan" a los diagnosticadores a evaluar a los individuos según los criterios DSM específicos que aparecen en el manual de diagnóstico. Por ejemplo, ahora hay varias entrevistas estructuradas que evalúan características de trastornos del Eje I, y también existen varias entrevistas estructuradas para trastornos del Eje II. Es interesante notar que el nivel general de confiabilidad diagnóstica reportada en estudios empíricos ha incrementado en gran medida después de la introducción de estas entrevistas estructuradas. Es claro que adherirse a la estructura y formato de estas entrevistas ha conducido a un incremento significativo en la confiabilidad diagnóstica. La tabla 5-6 presenta una sección breve de una entrevista estructurada. Expondremos las entrevistas estructuradas con más detalle en el capítulo 6.

Sin embargo, aun con el uso de entrevistas estructuradas, la confiabilidad no es igual de buena a lo largo de todas las categorías. La presencia o ausencia de algunos trastornos (por ejemplo, trastorno de ansiedad generalizada) puede ser difícil de juzgar

en particular. Además, existen algunas dudas respecto a si los clínicos ocupados dedicaran o no el tiempo y esfuerzo necesarios para evaluar de manera sistemática los criterios de diagnóstico pertinentes. Los coeficientes de confiabilidad nunca parecen ser tan altos en los escenarios de trabajo cotidianos y rutinarios como en los estudios de investigación estructurados.

Validez. La confiabilidad afectará en forma directa la validez del sistema de diagnóstico. En tanto los diagnosticadores no se pongan de acuerdo en la clasificación apropiada de los pacientes, no podemos demostrar que el sistema de clasificación tiene correlatos significativos; es decir, que tiene *validez*. Los correlatos importantes incluyen pronóstico, resultado del tratamiento, manejo en el pabellón, etiología y aspectos similares. Sin validez predictiva, la clasificación se convierte en un ejercicio intelectual carente de cualquier utilidad realmente importante. No obstante, si podemos demostrar que la clasificación indica con precisión la etiología, el curso de la enfermedad o las clases preferidas de tratamiento, entonces se ha establecido una base válida para su uso.

En un artículo clásico, Robins y Guze (1970) bosquejaron el método predominante para establecer la validez de un constructo de diagnóstico. Propusieron que el establecimiento de la validez diagnóstica de un síndrome es un proceso de cinco etapas: 1) *descripción clínica*, que incluye una descripción de aspectos característicos fuera de los síntomas del trastorno (como las características demográficas); 2) *estudios de laboratorio* (comprenden pruebas psicológicas) para identificar correlatos significativos del diagnóstico; 3) *delimitación de otros trastornos* para asegurar algún grado de homogeneidad entre miembros del diagnóstico; 4) *estudios de seguimiento* a fin de evaluar la confiabilidad del diagnóstico por medio del test-retest, y 5) *estudios familiares* para demostrar que el trastorno propuesto tiende a darse en familias, lo que sugiere un componente hereditario en el trastorno. Este método particular de cinco etapas para establecer la validez diagnóstica aún tiene bastante influencia en la actualidad. De hecho, la mayor parte de la investigación contemporánea en psicopatología representa una o más de las etapas de validación esbozadas por Robins y Guze.

Prejuicio. De manera ideal, un sistema de clasificación no estará prejuiciado respecto de la forma en que se asignan los diagnósticos a individuos con antecedentes diferentes (por ejemplo, género, raza o posición socioeconómica diferentes). La validez y utilidad de un sistema de clasificación se pondría en duda si el mismo grupo de comportamientos diera como resultado un diagnóstico para un individuo pero no para otro individuo. Las dos áreas de prejuicio potencial que han recibido mayor atención son el prejuicio sexual (véase, por ejemplo, Widiger y Spitzer, 1991) y el prejuicio racial (por ejemplo, Pavkov, Lewis y Lyons, 1989).

Algunos críticos han atacado al sistema DSM como un dispositivo centrado en el hombre que sobreestima la patología en las mujeres (M. Kaplan, 1983); otros niegan esta acusación (Kass, Spitzer y Williams, 1983). Widiger y Spitzer (1991) han presentado un análisis conceptual útil de lo que constituye el *prejuicio sexual* en un sistema de diagnóstico. Afirman que los intentos previos para demostrar el prejuicio sexual en el diagnóstico han sido defectuosos desde el punto de vista tanto conceptual como metodológico. Además, algunos de los hallazgos de estudios anteriores (por ejemplo, Broverman, Broverman, Clarkson, Rosenkrantz y Vogel, 1970) han sido malinterpretados y mal comprendidos por completo (véase Widiger y Settle, 1987, para una demostración de los defectos en el estudio de Broverman y cols.).

Widiger y Spitzer señalan que la frecuencia sexual diferencial para un trastorno no demuestra por sí sola prejuicio sexual diagnóstico debido a que, por ejemplo, es concebible que factores biológicos o culturales pueden hacer más probable que los hombres (o las mujeres) exhiban los criterios para determinado diagnóstico. Por ejemplo, el trastorno de personalidad antisocial se diagnostica con mucha mayor frecuencia en hombres que en mujeres; pero esto puede ser resultado de diferencias biológicas (como la testosterona) u otros factores que influyen en los dos géneros de manera diferencial (como las expectativas sociales de agresividad en los hombres). Sin embargo, Widiger y Spitzer presentaron evidencia que sugiere que los clínicos pueden estar prejuiciados en la forma en que *aplican* diagnósticos a los hombres frente a las mujeres, ¡aun en casos en que los síntomas presentados por hombres y mujeres eran idénticos! Aunque esto sugiere que puede haber algún prejuicio en la forma en que los clínicos interpretan los criterios de diagnóstico (es decir, que pueden exhibir prejuicio sexual), no indica prejuicio

sexual dentro de los criterios de diagnóstico. Estos resultados sugieren la necesidad de una mejor capacitación de los diagnosticadores, en lugar de una revisión de los criterios de diagnóstico.

Cobertura. Con cerca de 400 diagnósticos posibles, no se puede decir que el DSM-IV es demasiado limitado en su cobertura de posibles condiciones de diagnóstico. Es probable que la mayor parte de las condiciones que llevan a los individuos al tratamiento psiquiátrico o psicológico podría clasificarse dentro del sistema DSM-IV. Sin embargo, algunos pueden sentir que éste yerra en la dirección opuesta: su alcance es demasiado amplio. Por ejemplo, muchos trastornos del desarrollo infantil se incluyen como trastornos mentales. Al niño disléxico, con problemas del habla como tartamudez o con grandes dificultades con la aritmética, se le da un diagnóstico en el DSM-IV. Muchos cuestionan la conveniencia o beneficio de etiquetar estas condiciones como trastornos mentales.

Otro ejemplo de la posible inclusión excesiva en el DSM-IV es la inclusión del "trastorno disfórico premenstrual" como una categoría diagnóstica propuesta. Este diagnóstico y sus criterios aparecen en el apéndice que contiene criterios de diagnóstico proporcionados para un estudio más a fondo. Muchas mujeres objetaron en forma intensa este diagnóstico cuando se propuso por primera vez, ya que afirmaban que dicha categoría podría utilizarse con facilidad para discriminarlas en muchos campos (como el laboral). Diagnósticos controvertidos como éste causan que algunos se pregunten si los arquitectos del DSM han ido demasiado lejos.

Preocupaciones adicionales. Aunque las dificultades descritas son reales y bastante obvias, surgen diversos problemas indirectos o sutiles a través de la aceptación y uso de sistemas de clasificación diagnóstica. Por ejemplo, las clasificaciones tienden a crear la impresión de que los trastornos mentales existen *per se*. Términos como *trastorno*, *síntoma*, *condición* y *padecimiento* sugieren que el paciente es víctima de un proceso de enfermedad. El lenguaje del sistema puede terminar conduciendo hasta a los observadores astutos a una opinión que interpreta las reacciones aprendidas o los encuentros entre la persona y el ambiente como procesos de enfermedad.

Además, si no somos cuidadosos, podemos llegar a sentir que clasificar a las personas es más satisfactorio que tratar de aliviar sus problemas. Como veremos más adelante, la terapia puede ser un proceso incierto que consume tiempo y que a menudo está cargado de fallas. Pero encasillar puede ser remunerador de inmediato: proporciona una sensación de conclusión para el clasificador. Como solucionar crucigramas, puede aliviar la tensión sin tener significado social positivo a largo plazo.

El sistema atiende del mismo modo el deseo del público de considerar los problemas de la vida como problemas médicos que pueden tratarse en forma simple y fácil con una píldora, una inyección o un escalpelo. Por desgracia, aprender a solucionar problemas psicológicos es un trabajo arduo. El enfoque más fácil es adoptar una postura pasiva y dependiente en que el paciente es aliviado del dolor psicológico por un doctor omnisciente. Aunque dicha perspectiva puede ser práctica para tratar problemas estrictamente médicos (pero véase Engel, 1977), en el mejor de los casos es de valor dudoso para enfrentar los problemas psicológicos de la vida.

Un problema indirecto final es que el diagnóstico puede ser perjudicial o incluso estigmatizador para la persona etiquetada. En nuestra sociedad, el diagnóstico puede cerrar puertas en lugar de abrirlas para los pacientes y ex pacientes. Con demasiada frecuencia, el diagnóstico parece oscurecer a la persona real; los observadores ven las etiquetas, no a la persona que hay detrás de ellas. Por tanto, las etiquetas pueden dañar relaciones, impedir que las personas sean contratadas o promovidas y, en casos extremos, incluso resulta en la pérdida de sus derechos civiles. Las etiquetas incluso pueden alentar a algunas personas a capitular y asumir el papel de una persona "enferma".

Otros sistemas de clasificación

Se ha realizado una variedad de intentos para mejorar la clasificación psiquiátrica. Muchos han usado métodos estadísticos multivariados, como análisis de grupo, para generar categorías homogéneas. Por ejemplo, Overall y Gorham (1962), al trabajar dentro de la estructura psiquiátrica tradicional, elaboraron la Escala de Estimación Psiquiátrica Breve (EEPB). Esta escala permite la valoración de los sín-

tomas en 16 áreas factoriales relativamente independientes. Overall y Hollister (1982) han usado análisis de grupo y métodos de taxonomía numérica relacionados para identificar ocho tipos fenomenológicos en función de perfiles de la EEPB. Otros sistemas se han centrado en el comportamiento psicótico. Por ejemplo, Lorr (1986) ha ayudado en la elaboración de un procedimiento de entrevista orientado a la investigación para asignar a los pacientes valores cuantitativos en 12 dimensiones (por ejemplo, proyección paranoide, beligerancia hostil). McReynolds (1989) ha revisado otras opciones al sistema de clasificación DSM.

Una vía alterna relativamente nueva para el sistema de diagnóstico tradicional para trastornos de personalidad del Eje II es el *Modelo de los cinco factores de la personalidad*. Este modelo incluye las dimensiones de personalidad de neuroticismo, extroversión, apertura a la experiencia, conformidad y escrupulosidad (Costa y McCrae, 1992). Como señaló Digman (1990), ha sido evidente en la literatura psicológica un consenso creciente respecto de estas cinco dimensiones de rasgos como una representación bastante amplia de la personalidad adulta (véase McCrae y John, 1992).

Si el modelo de los cinco factores ha de verse como una explicación amplia de la personalidad normal y anormal, entonces esperaríamos que este modelo tenga relación con los trastornos de personalidad codificados en el Eje II. Los trastornos de personalidad, por definición, comprenden rasgos de personalidad inflexibles y desadaptativos. Los estudios que han explorado la relación entre el modelo de los cinco factores y los trastornos del Eje II han obtenido resultados alentadores (Costa y McCrae, 1990; Soldz, Budman, Demby y Merry, 1993; Trull, 1992; Wiggins y Pincus, 1989). Por ejemplo, Trull (1992) encontró que las dimensiones de neuroticismo, extroversión y conformidad del modelo de los cinco factores eran más evidentes en la conceptualización del DSM-III-R de los trastornos de personalidad en su muestra clínica de pacientes externos.

Con base en estos y otros hallazgos, algunos han abogado por el uso del modelo de los cinco factores como una alternativa al sistema de clasificación categórica del DSM-IV (Costa y Widiger, 1994). Sin embargo, deben establecerse ciertas cuestiones antes de convertirlo en un sistema dimensional como el modelo de los cinco factores: ¿cómo se evalúa la inadaptación de un rasgo de personalidad en estas medidas de personalidad del modelo de los cinco factores? ¿Cómo determinar los puntos limitantes de una escala de personalidad dimensional, a fin de decidir sobre la presencia o ausencia de un trastorno de personalidad? ¿Cómo puede tomarse en cuenta el contexto en que ocurren los rasgos de personalidad inadaptada? (Costa y Widiger, 1994). Por último, está la cuestión práctica de capacitar a los clínicos en el uso del modelo de los cinco factores. Hasta la fecha, estas cuestiones no se han resuelto, pero es probable que la investigación futura arroje alguna luz sobre la viabilidad del modelo de los cinco factores como un modelo de la patología de la personalidad. El lector interesado puede consultar a McCrae y John (1992) para un buen panorama del modelo de los cinco factores, al igual que a Widiger (1991) para un examen de los modelos dimensionales adicionales de la personalidad que se propusieron para incluirlos en el DSM-IV.

Causas del comportamiento anormal y enfermedad mental

Hasta este punto, hemos expuesto cuestiones relativas a la descripción y definición del comportamiento anormal, al igual que a las repercusiones de diagnosticar y clasificar a los individuos. Sin embargo, se ha dicho muy poco acerca de cuáles factores pueden causar el comportamiento anormal y la enfermedad mental. Aunque expondremos varios *modelos etiológicos de la psicopatología* en los capítulos sobre intervención, es útil esbozarlos aquí a fin de dar al lector alguna idea de los puntos de vista predominantes.

La tabla 5-7 presenta un panorama breve de los principales modelos de psicopatología y la explicación del comportamiento anormal que ofrece cada uno. Como puede verse, algunos de los modelos etiológicos son bastante diferentes en su perspectiva sobre el comportamiento anormal. Estas diferencias de seguro tienen implicaciones en la forma en que un clínico que se adhiera a uno de estos puntos de vista conducirá la evaluación y el tratamiento. Por ejemplo, es probable que un psicólogo clínico suscrito a una teoría cognoscitiva de la depresión use instrumentos de evaluación con fundamentos cognoscitivos para identificar cogniciones desadaptativas, al igual que intervenciones cognoscitivas conductuales para tratar la depresión.

TABLA 5-7 Breve descripción de varios modelos de psicopatología

Modelo	*Explicación*	*Ejemplo de comportamiento anormal*
Biológico	Los procesos en el sistema nervioso central (SNC) funcionan mal	La esquizofrenia es causada por un exceso de actividad dopaminérgica.
Psicodinámico	Conflicto intrapsíquico	La fobia específica se debe al desplazamiento de un conflicto intrapsíquico hacia un objeto externo que entonces puede evitarse.
Del aprendizaje	Aprendido tal como se aprende el comportamiento normal	La fobia específica se aprende por medio del condicionamiento clásico.
Cognoscitivo	Debido a cogniciones desadaptativas	La depresión resulta de opiniones negativas sobre uno mismo, el mundo y el futuro.
Humanista	Negligencia relativa de la opinión propia y una dependencia excesiva en las valoraciones de otros cuando las dos son incongruentes	El trastorno de ansiedad generalizada refleja esta dependencia excesiva e incongruencia.

Un modelo más general de la etiología que puede acomodar una variedad de puntos de vista teóricos (como los que se encuentran en la tabla 5-7) es el modelo diátesis-estrés de la psicopatología (véase Davison y Neale, 1998). El modelo diátesis-estrés no está ligado a ninguna escuela de pensamiento y puede incorporar factores biológicos, psicológicos y ambientales. *Diátesis* se refiere a una vulnerabilidad o predisposición a desarrollar el trastorno en cuestión. Una diátesis puede ser biológica (por ejemplo, una predisposición genética, una deficiencia o exceso en un neurotransmisor) o psicológica (por ejemplo, un esquema cognoscitivo desadaptativo un estilo de personalidad desadaptativo). Una diátesis es necesaria pero no basta para producir un trastorno mental; además se precisa suficiente *estrés ambiental*. Los factores productores de estrés pueden ser de naturaleza biológica (por ejemplo, desnutrición) o psicológicos (por ejemplo, un ambiente familiar maligno, un suceso traumático en la vida). Tanto la diátesis como el estrés son necesarios para producir el trastorno en cuestión. Poseer la diátesis incrementa la probabilidad de desarrollar el trastorno, pero no garantiza este resultado. Es más, como puede ser evidente, es probable que la naturaleza exacta de la diátesis y el estrés necesarios para desarrollar un trastorno específico varíe de un trastorno a otro. Por último, también es probable que la interacción entre la diátesis y el estrés sea específica para el trastorno (véase, por ejemplo, Monroe y Simons, 1991).

Conclusión

Los sistemas de clasificación son necesarios; de lo contrario nuestra experiencia y nuestra conciencia se vuelven una colección caótica de acontecimientos. Al abstraer las semejanzas y las diferencias entre los sucesos de nuestra experiencia, podemos establecer categorías de amplitud y propósito variado que nos permiten generalizar y predecir.

La psicología clínica está muy interesada en el diagnóstico clasificación y tratamiento de la enfermedad mental. Si bien queda claro que el sistema DSM-IV no es perfecto, los psicólogos clínicos contemporáneos continuarán usándolo en sus investigaciones, consultas y práctica. Todos tenemos, y seguiremos teniendo, algún desacuerdo con el DSM-IV o con cualquier otro sistema de diagnóstico. Los sistemas de diagnóstico tienen sus ventajas y desventajas y los criterios para los trastornos mentales individuales son falibles (Widiger y Trull, 1991). El DSM-IV, como sus predecesores, ha sido acusado de ser más útil para la investigación clínica que para la práctica clínica. Es probable que ésta

sea la causa del poco uso del manual por parte de los clínicos (Jampala, Sierles y Taylor, 1988; Morey y Ochoa, 1989). Sin embargo, esperamos que el lector esté convencido de que las formulaciones diagnósticas son importantes, ya que éstas tienen valor de comunicación, connotaciones para el tratamiento potencial y facilitan la investigación de la psicopatología.

Resumen del capítulo

Los psicólogos clínicos realizan el diagnóstico y clasificación de los problemas psicológicos. Es difícil obtener una definición única que abarque lo que constituye la "anormalidad". En este capítulo hemos revisado las ventajas y desventajas de tres criterios citados con frecuencia para el comportamiento anormal: conformidad con las normas, aflicción subjetiva y discapacidad o disfunción.

La enfermedad mental se refiere a una amplia clase de síndromes observados a menudo que constan de comportamientos anormales que ocurren juntos. El diagnóstico de problemas psicológicos o enfermedad mental sirve para la comunicación, promueve la investigación y sugiere opciones de tratamiento. El DSM-IV es el sistema de diagnóstico oficial utilizado en Estados Unidos (y en otros lugares).

Los sistemas de clasificación diagnóstica deberían ser prácticos, descriptivos, confiables, válidos, sin sesgos o prejuicios y proporcionar una cobertura amplia de los problemas clínicos que se encuentran con frecuencia. Estos sistemas de diagnóstico harán avanzar el campo al promover la investigación de la psicopatología, permitiéndonos investigar las causas y el tratamiento de problemas psicológicos.

Términos clave

aflicción subjetiva Una de las tres definiciones principales del comportamiento anormal; etiqueta como anormales —desde el punto de vista psicológico— a las personas que tienen una sensación de bienestar pobre, un nivel elevado de aflicción subjetiva, o ambos.

categorías Clasificaciones discretas. En el sistema de diagnóstico actual, muchos de los trastornos mentales se presentan como categóricas, lo que significa que se juzga si las personas tienen el trastorno o no.

confiabilidad En el contexto de la clasificación diagnóstica, es la consistencia de los juicios diagnósticos entre estimadores.

conformidad con las normas Es una de las tres definiciones importantes de comportamiento anormal. Esta definición etiqueta el comportamiento como anormal si viola normas culturales.

diagnóstico principal Diagnóstico que describe principalmente la aflicción o discapacidad de una persona y que debe considerarse el centro del tratamiento.

diátesis En el modelo de diátesis-estrés de psicopatología, es la vulnerabilidad (por ejemplo, genética, psicológica) para desarrollar un trastorno particular.

dimensiones Continuos. En un esquema de clasificación dimensional, puede verse que los individuos caen en cualquier punto de un continuo que varía desde la ausencia total de un trastorno hasta su manifestación más grave.

discapacidad o disfunción Una de las tres definiciones importantes de comportamiento anormal; etiqueta el comportamiento como anormal si crea problemas sociales u ocupacionales para el individuo.

DSM-III Es la tercera edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, publicada en 1980. El DSM-III introdujo cambios revolucionarios en el sistema de diagnóstico, incluyendo criterios de diagnóstico explícitos, neutrales desde el punto de vista etiológico, y un sistema multiaxial de diagnóstico.

DSM-IV Es la cuarta edición (y vigente) del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*; se publicó en 1994.

Eje I Eje diagnóstico del DSM-IV que identifica los trastornos clínicos que están presentes, con excepción de los trastornos de personalidad y retardo mental.

Eje II Eje diagnóstico del DSM-IV que indica la presencia de trastornos de personalidad o retardo mental.

Eje III Eje diagnóstico del DSM-IV que identifica las condiciones médicas actuales que pueden tener interés para la conceptualización o tratamiento de los trastornos diagnosticados en los Ejes I y II.

Eje IV Eje diagnóstico del DSM-IV que especifica cualquier problema psicosocial o ambiental pertinente para el diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Eje V Eje diagnóstico del DSM-IV que proporciona un índice numérico del nivel general de funcionamiento del individuo.

enfermedad mental Clase amplia de síndromes observados con frecuencia que consta de ciertos comportamientos o características anormales.

entrevistas de diagnóstico estructuradas Clase de entrevistas que evalúan los criterios específicos que aparecen en el manual de diagnóstico.

estrés ambiental En el modelo de diátesis-estrés de la psicopatología, es el factor productor de estrés (por ejemplo, biológico, psicológico) que actúa junto con la diátesis para producir un trastorno mental determinado.

evaluación global del funcionamiento Puntuación proporcionada en el Eje V que sirve como un índice del nivel general de funcionamiento de la persona.

evaluación multiaxial Evaluación de pacientes a lo largo de varios dominios de información. El DSM-IV exige el diagnóstico a lo largo de cinco ejes separados, cada uno de los cuales ayuda en la planeación del tratamiento y en la predicción del resultado.

factores etiológicos Factores causales.

modelo de los cinco factores de la personalidad Un modelo amplio de la personalidad que consta de las dimensiones de neuroticismo, extroversión, apertura, conformidad y escrupulosidad, al igual que de las seis facetas que pertenecen a cada dimensión. También suele conocerse como FFM, por sus siglas en inglés.

modelos etiológicos de la psicopatología Modelos causales del comportamiento anormal y la enfermedad mental que también tienen significado para la evaluación y el tratamiento. Los principales modelos etiológicos de la psicopatología incluyen los modelos biológico, psicodinámico, del aprendizaje y cognoscitivo.

prejuicio sexual En el contexto de la clasificación diagnóstica, el prejuicio sexual se demostraría si el mismo grupo de comportamientos diera un diagnóstico para un género y no para el otro. Aunque los criterios de diagnóstico actuales no están prejuiciados en sí mismos, los clínicos pueden estarlo en la forma en que aplican estos diagnósticos a hombres y mujeres.

psicopatólogo Científico que estudia las causas de los trastornos mentales y los factores que influyen en su desarrollo.

puntos de corte En el contexto de las definiciones orientadas a la conformidad del comportamiento anormal, se refiere a los valores numéricos en una prueba o inventario que diferencian el desempeño normal del anormal.

relatividad cultural En el contexto de las definiciones orientadas a la conformidad del comportamiento anormal, se refiere al hecho de que los juicios acerca de la anormalidad de un comportamiento particular pueden variar de una cultura o subcultura a otra.

síndrome Grupo de síntomas que tienden a ocurrir juntos.

trastorno mental Síndrome (grupo de comportamientos anormales) que ocurre en un individuo asociado con aflicción, discapacidad o incremento en el riesgo de tener problemas.

validez En el contexto de la clasificación diagnóstica, es el grado en que se correlacionan los diagnósticos con variables significativas como la etiología, el pronóstico y el resultado del tratamiento.

Sitios web de interés

5-1 Red de Salud Mental (Mental Health Net), síntomas y tratamiento de trastornos mentales

www.cmhc.com/disorders/

5-2 Alianza Nacional para los Enfermos Mentales (National Alliance for the Mentally Ill)

www.nami.org

5-3 Vínculos a páginas Web de psicología anormal y psicopatología

www.yorku.ca/faculty/academic/rmuller/

Evaluación clínica





Entrevista de evaluación

PREGUNTAS PRINCIPALES

1. ¿Cuáles son los puntos importantes que hay que considerar cuando se realiza una entrevista de evaluación?
2. ¿Cuáles son los tipos más comunes de entrevistas de evaluación? Describa en forma breve cada tipo.
3. ¿Cuáles son las semejanzas y las diferencias entre las entrevistas estructuradas y las no estructuradas?
4. ¿Qué tipos de confiabilidad y validez tienen que ver con la valoración de una entrevista estructurada?
5. ¿Por qué es difícil evaluar la validez de una entrevista de diagnóstico estructurada?

RESEÑA DEL CAPÍTULO

Desde hace mucho, la evaluación ha sido una actividad importante de los psicólogos clínicos. En el capítulo anterior, tocamos la evaluación en nuestra exposición del diagnóstico de los trastornos mentales. En éste nos centraremos en la entrevista. Los capítulos siguientes tratarán la evaluación de la inteligencia, la personalidad y la psicopatología, y el comportamiento, junto con el proceso de juicio clínico. Sin embargo, antes de zambullirnos en los aspectos específicos de la entrevista, permítasenos hacer unos cuantos comentarios generales sobre la evaluación.

La evaluación en la psicología clínica

Como mencionamos en el capítulo 2, la evaluación psicológica como área de interés ha visto sus altas y sus bajas. Abeles (1990) comentó el reciente "redescubrimiento" de la evaluación. Observó que durante los años sesenta y setenta pareció declinar el interés en la evaluación psicológica. La terapia era la empresa más glamorosa y de alguna manera la evaluación casi parecía algo "injusta" para los clientes. Al parecer se estaba desvaneciendo el compromiso histórico de la psicología clínica con la evaluación. La actitud prevaleciente era "¡Deja que la hagan los técnicos!"

Pero en los años ochenta comenzó a suceder algo más. Los estudiantes empezaron a mostrar interés en la especialización. Descubrieron la psicología forense (la aplicación de la psicología a cuestiones legales) o quedaron intrigados por la psicología pediátrica, la geriatría o incluso la neuropsicología. Pero para convertirse en un especialista en dichas áreas, uno necesita saber mucho de evaluación. No se pueden responder las preguntas de un abogado sobre la competencia de un acusado a menos que se haya evaluado en forma minuciosa a ese individuo por medio de pruebas, entrevistas u observaciones (Matarazzo, 1990). No se puede decidir sobre cuestiones de lesión neurológica frente a trastorno mental hasta que se ha evaluado a dicho cliente. Como afirmó Abeles (1990):

> Es mi opinión que una de las contribuciones únicas del psicólogo clínico es la capacidad para proporcionar datos de evaluación. Proveer de evaluaciones se está volviendo de nuevo una parte muy valorada y respetada de la psicología clínica y, en mi opinión, es igual a la intervención y a la psicoterapia como una actividad vital de la psicología clínica. ¡Continuemos redescubriendo la evaluación! (p. 4)

Definición y propósito

La evaluación psicológica puede definirse de manera formal de muchos modos. La *evaluación clínica* representa la valoración de las virtudes y defectos de un individuo, una conceptualización del problema que se tiene a la mano (al igual que los posibles factores etiológicos) y alguna prescripción para aliviarlo; todo esto nos lleva a comprender mejor al cliente. La evaluación no es algo que se hace una vez y se acaba para siempre. En muchos casos, es un proceso progresivo, incluso un proceso cotidiano, como en la psicoterapia. Ya sea que el clínico esté tomando decisiones o solucionando problemas, la evaluación clínica es el medio para ese fin.

De manera intuitiva, todos entendemos el propósito del diagnóstico o la evaluación. Antes de que los médicos puedan prescribir un tratamiento, deben entender la naturaleza de la enfermedad. Antes de que los plomeros puedan comenzar a golpear tubos, deben determinar primero el carácter y ubicación de la dificultad. Lo que es cierto en la medicina y en la plomería también lo es en la psicología clínica. Aparte de unos cuantos casos que se deben a pura suerte, nuestra capacidad para solucionar problemas clínicos se relaciona en forma directa con nuestra habilidad para definirlos. La mayoría de nosotros podemos recordar la advertencia severa de nuestros padres: "¡Piensa antes de actuar!" En cierto sentido, ésta es la esencia del proceso de evaluación o diagnóstico. Para ilustrar esta idea, considere el siguiente caso.

El caso de Billy G.

Billy estaba en tercer grado y tenía problemas. Su maestro reportó diversos problemas de comportamiento en el salón de clases. Billy era ruidoso, parlanchín y se distraía con facilidad. Era agresivo y en ocasiones golpeaba a los otros niños. Su comportamiento era impulsivo, errático y obviamente hiperactivo. Se había convertido en una fuerza trastornadora del salón de clases.

Varias conferencias con el maestro terminaron por convencer a los padres de que el problema no era por completo responsabilidad de la escuela. En efecto, mucho del comportamiento del menor se reflejaba en el hogar, donde era igual de difícil de controlar. Sus calificaciones se habían desplomado en meses recientes, pero sus padres no podían creer que hubiera un problema intelectual. Por consiguiente, les parecía que la explicación debía estar en factores físicos o emocionales.

Su primera decisión fue llevar al pequeño con su médico familiar, quien no pudo encontrar problema físico alguno y sugirió que lo llevaran con un neurólogo. Después de un examen neurológico completo, incluyendo un electroencefalograma y una historia conductual y médica exhaustiva, el neurólogo no pudo llegar a un diagnóstico definitivo. No había una historia de trauma en el nacimiento, lesión en la cabeza, encefalitis o factores de riesgo para una enfermedad neurológica. Al mismo tiempo, una historia conductual recopilada a partir de reportes del maestro, observaciones de los padres y las observaciones del neurólogo confirmó la existencia de un problema definido. El neurólogo tendía hacia un diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

Sin embargo, el neurólogo se inclinaba hacia la psicología y sentía que había detectado una relación muy tirante y algo hostil entre los padres. En el curso de sus conversaciones con los padres, también se enteró de que el padre rara vez estaba en casa y parecía estar absorto en sus ambiciones por avanzar en su trabajo. La madre parecía estar reaccionando a su propia percepción de negligencia y se había volcado en actividades para el servicio comunitario y en funciones sociales. Cuando Billy llegaba a casa de la escuela, ella siempre estaba jugando bridge, asistiendo a actividades para recaudar fondos o de compras. De seguro parecía que ninguno de los padres tenía mucho tiempo para él. De hecho, sólo desde que sus problemas habían llegado al máximo en la escuela, sus padres parecieron percatarse de él.

Por tanto, el neurólogo enfrentaba un dilema de diagnóstico. Debido a que la medicación estimulante (como el Ritalin) ha sido efectiva a menudo en casos así, éste podría ser el camino que se debía seguir. Por otra parte, parecía haber un patrón de rechazo paterno que podría haber producido resentimiento en Billy. Por consiguiente, la "hiperactividad" podía interpretarse como un intento por llamar la atención de los padres y los padres sustitutos (maestros). Esta formulación parecía incluir una recomendación de psicoterapia para los padres y Billy por igual.

Al neurólogo le preocupaba dar un diagnóstico equivocado. La medicación tiene efectos secundarios e incluso podría exacerbar el problema. Además, si el problema no era TDAH, entonces las reacciones conductuales de Billy podrían arraigarse más durante el tiempo desperdiciado y la psicoterapia podría ser más difícil. Un diagnóstico de TDAH también podría aumentar la falta de disposición en los padres a aceptar su papel en las dificultades conductuales del hijo. Por otra parte, suponga que la familia siguiera la ruta psicoterapéutica, sólo para enterarse más adelante que el problema era tratable con medicación. Entonces se habría desperdiciado un tiempo precioso y quizá habría ocurrido un daño físico evitable.

Por tanto, la cuestión de la evaluación se convirtió en un asunto de elección entre una explicación conductual o biológica para los problemas de Billy, cada una de las cuales tenía repercusiones muy diferentes para el tratamiento. Enfrentado con este dilema, el neurólogo decidió enviar a Billy a un psicólogo clínico infantil, quien podría esperarse que administrara una variedad de pruebas de inteligencia y personalidad, entrevistara a los padres en forma más minuciosa y observara a Billy en una variedad de condiciones. El neurólogo esperaba que un informe psicológico, más sus resultados neurológicos, le permitiría llegar a un diagnóstico y una decisión de tratamiento más informados.

El motivo de consulta

El proceso de evaluación comienza con el motivo de consulta. Alguien, un padre, un maestro, un psiquiatra, un juez o quizá un psicólogo, plantea una interrogante sobre el paciente: "¿Por qué es desobediente Johnny?" "¿Por qué Alice no puede aprender a leer como los otros niños?" "¿El repertorio conductual empobrecido del paciente es una función de pocas oportunidades de aprendizaje o esta constricción representa un esfuerzo para evitar relaciones íntimas con otras personas que podrían ser amenazadoras?"

Por tanto, los clínicos comienzan con el motivo de consulta. Es importante que se esmeren en entender con precisión cuál es la cuestión o qué buscan al acudir al psicólogo clínico. En algunos casos, la cuestión puede ser imposible de responder; en otros, el clínico puede decidir que es inapropiada una respuesta directa o que necesita replantearse la cuestión. Por ejemplo, puede decidir que la cuestión "¿El paciente es capaz de asesinar?" no puede responderse a menos que haya más información sobre la situación. Por tanto, la cuestión podría replantearse para incluir probabilidades respecto de ciertas clases de situaciones. Si los padres desean que su hijo sea examinado con el único propósito, a menudo narcisista, de determinar el CI del niño, el clínico podría decidir que proporcionar dicha información a la larga haría más mal que bien al niño. La mayoría de los padres no tiene los antecedentes psicométricos para entender lo que significa la estimación numérica del CI y es bastante probable que la malinterpreten. Por tanto, antes de aceptar la consulta en un caso así, el psicólogo clínico haría bien en discutir el asunto con los padres.

¿Qué influye en la forma en que el clínico aborda el motivo de consulta?

Los compromisos teóricos del clínico suelen influir en la clase de información que se busca. Por ejemplo, puede ser más probable que un clínico psicodinámico interrogue sobre las primeras experiencias de la infancia que un clínico conductual. En otros casos, la información obtenida puede ser similar, pero los clínicos harán diferentes inferencias a partir de ella. Por ejemplo, las jaquecas frecuentes pueden sugerir la presencia de hostilidad subyacente a un clínico psicodinámico, en tanto que para un clínico conductual sólo serán evidencia de estrés en el trabajo. Para algunos clínicos, los datos de las historias clínicas son importantes porque ayudan a que el cliente elabore una jerarquía de ansiedad; para otros, son una forma de confirmar hipótesis sobre las necesidades y expectativas del cliente.

Por tanto, la evaluación no es un conjunto de procedimientos estandarizados. No a todos los clientes se aplican las mismas pruebas o se plantean las mismas preguntas. El propósito de la evaluación no es descubrir la "esencia psíquica verdadera" del cliente, sino describirlo de modo que sea útil para la fuente de envío; una forma que conducirá a la solución de un problema. Por supuesto, esto no significa que una descripción sea tan buena como otra para un caso particular. La formulación cognoscitiva conductual de un clínico sobre un caso puede entrañar una mala comprensión de la teoría cognoscitivo conductual. Incluso hay ocasiones en que ciertos casos parecen prestarse más a una descripción psicodinámica que a una descripción conductual. Debido a la complejidad de nuestra materia y al estado incompleto de nuestro conocimiento, en ocasiones hay más de un camino que conduce a Roma.

La entrevista

Casi todas las profesiones cuentan con la entrevista como una técnica principal para recopilar datos y tomar decisiones. Para políticos, consumidores, psiquiatras, patrones o público en general, la entrevista siempre ha sido una herramienta importante. Como sucede con cualquier actividad que se realiza con frecuencia, las personas a veces dan por sentada la entrevista o creen que no requiere habilidades especiales; pueden sobreestimar con facilidad su comprensión del proceso de entrevista. Aunque mucha gente parece atemorizarse con la mística de las pruebas proyectivas o impresionarse con las complejidades psicométricas de las pruebas objetivas, hay una familiaridad fácil aunque engañosa con la entrevista.

La *entrevista de evaluación* es al mismo tiempo la técnica más básica y práctica de las utilizadas por el psicólogo clínico. En las manos de un especialista hábil, su amplia gama de aplicación y adaptabilidad la hacen un instrumento importante para la toma de decisiones, comprensión y predicción clínicas. Pero para todo esto, no debemos perder de vista que la utilidad clínica de la entrevista puede no ser mayor que la habilidad y sensibilidad del clínico que la utiliza. En esta sección expondremos algunas características básicas de la entrevista clínica, al igual que las diversas habilidades y técnicas de entrevista que deben dominarse.



Los psicólogos clínicos utilizan con frecuencia entrevistas para evaluar a sus clientes o pacientes.
© CORBIS

Características generales de las entrevistas

Una interacción. Una entrevista es una interacción entre al menos dos personas. Cada participante contribuye al proceso, y cada uno influye en las respuestas del otro. Pero esta caracterización dista mucho de definir el proceso. La conversación ordinaria es interactiva, pero de seguro la entrevista va más allá de esto. La entrevista, como la conversación, comprende encuentros o intercambios verbales cara a cara. Sin embargo, una entrevista clínica se inicia con una meta o conjunto de metas en mente. El entrevistador enfoca la interacción con determinación, teniendo la responsabilidad de mantener en curso la entrevista y de moverse hacia la meta. Por tanto, la informalidad fácil que a menudo caracteriza a la conversación ordinaria es menos evidente. Una buena entrevista se planea con cuidado, se ejecuta en forma deliberada y hábil y está orientada hacia una meta durante su curso.

Es evidente que la entrevista adopta muchas formas: desde la búsqueda de hechos hasta la liberación emocional o el examen cruzado. Sin embargo, todos los tipos de entrevistas ejecutados con profesionalismo carecen de un aspecto que caracteriza a menudo a la conversación normal: los entrevistadores no usan el intercambio para lograr la satisfacción personal ni para aumentar su prestigio; la usan para obtener datos, información, creencias o actitudes en la forma más hábil posible.

Entrevistas frente a pruebas. En cierto sentido, las entrevistas ocupan una posición en algún lugar entre la conversación ordinaria y las pruebas. Tienen mayor propósito y son más organizadas que la conversación, pero en ocasiones son menos formalizadas o estandarizadas que las pruebas psicológicas. Las excepciones son las entrevistas de diagnóstico estructuradas, que se expondrán más adelante en este capítulo. Las entrevistas estructuradas se parecen a las pruebas psicológicas estandarizadas en cierto modo. El sello de estas últimas es la recolección de datos en condiciones estandarizadas por medio de procedimientos explícitos. Sin embargo, la mayor parte de las entrevistas prevén al menos alguna flexibilidad. Por tanto, una característica

RECUADRO 6-1

Tema controvertido *Entrevista computarizada: ¿son necesarios los clínicos?*

En años recientes ha estado creciendo el uso de la *entrevista computarizada*. Se han usado las computadoras para recabar historias psiquiátricas, cubrir la evaluación de problemas específicos, hacer evaluaciones conductuales y asistir en el diagnóstico de trastornos mentales (First, 1994; Greist, 1998; Kobak, Greist, Jefferson y Katzelnick, 1996). Se ha dicho que tales usos tienen varias ventajas (Erdman, Klein y Greist, 1985; First, 1994; Greist, 1998). Por ejemplo, la máquina siempre hace todas las preguntas asignadas, la confiabilidad es de 100% y, al menos para algunos pacientes, es menos incómodo y vergonzoso tratar con un objeto inanimado que con un clínico vivo. Al mismo tiempo, las computadoras son impersonales y, como podrían decir incluso algunos, deshumanizadas. Entonces, también, sólo pueden emplearse entrevistas estructuradas; no es posible la flexibilidad del entrevistador (First, 1994). Por ejemplo, no es posible efectuar preguntas adicionales para aclarar una respuesta poco clara. Además, no puede adaptarse la redacción y orden de las preguntas para satisfacer las necesidades especiales de pacientes individuales. Aun así, las entrevistas computarizadas han mostrado ser útiles para identificar síntomas claves en los clientes (Farrell, Complair y McCullough, 1987). También hay versiones computarizadas de entrevistas de diagnóstico. Por ejemplo, el *Programa de entrevista diagnóstica computarizada revisado* (*Computerized Diagnostic Interview Schedule Revised*; Blouin, 1991), o CDISR, se puede administrar con una computadora personal y evalúa la presencia y gravedad de los síntomas relacionados con más de 30 diagnósticos de trastorno mental del Eje I (por ejemplo, depresión mayor, dependencia del alcohol, trastorno de pánico). Los estudios que comparan las versiones de la DIS administradas por computadora y por un entrevistador han apoyado a la primera (Blouin, Perez y Blouin, 1988; Greist y cols., 1987).

Por último, es interesante señalar que el uso de entrevistas asistidas por computadora ha dado un paso adelante. En fechas recientes, Baer y colaboradores (1995) reportaron datos prelimi-

única del método de entrevista es la oportunidad más amplia que proporciona para una aproximación individualizada que será efectiva para obtener datos de una persona o paciente particular. Esta flexibilidad representa tanto la ventaja como la desventaja de muchas técnicas de entrevista. Aunque uno puede buscar información en la manera que parezca más apropiada para el paciente X, también hay un potencial distinto para la falta de confiabilidad y el error. Diremos más sobre las amenazas a la confiabilidad y la validez de los datos de entrevista más adelante en este capítulo.

Arte de la entrevista. La entrevista se ha considerado a menudo como un arte. Con excepción de las entrevistas estructuradas más formales, hay un grado de libertad para ejercer la habilidad e inventiva propia que por lo general está ausente en otros procedimientos de evaluación. Cuándo sondear, cuándo permanecer en silencio y cuándo ser indirecto o sutil son decisiones que ponen a prueba la habilidad del entrevistador. Con la experiencia, uno aprende a responder a las claves del entrevistado de un modo cada vez más sensible, que a final de cuentas sirve a los propósitos de la entrevista (Shea, 1998).

No obstante, es importante recordar que se ha llevado a cabo una cantidad considerable de investigación sobre la entrevista. En consecuencia, existe un fundamento sólido de investigación científica sobre ésta. En un sentido práctico, esto significa que los novatos no necesitan basarse sólo en la lenta y en ocasiones penosa acumulación de experiencia a fin de pulir su habilidad.

nares sobre un sistema de exploración telefónica automatizado que utiliza grabaciones de voz digitalizadas y computarizadas y respuestas por tonos para evaluar a los residentes de la comunidad en cuanto a síntomas de depresión. En este estudio, se ofreció una prueba de exploración a los residentes de una comunidad. Cuando se llamaba a un número de servicio gratuito, se planteaba una serie de preguntas sobre una variedad de síntomas depresivos a cada persona que llamaba. Quienes llamaban respondían seleccionando números específicos en el teclado del teléfono y había una opción para que se repitiera la pregunta. Todo el texto era narrado por una actriz y un actor profesionales. Se proporcionaba retroalimentación inmediata respecto al nivel de depresión (sin depresión, depresión mínima o leve, depresión grave o extrema) a cada persona que llamaba. Se ofrecían números gratuitos de profesionales de la atención de la salud selectos a todos los que llamaran y cuyas respuestas indicaran al menos niveles mínimos de depresión.

¿Estas nuevas aplicaciones de la computadora significan que el clínico pronto será obsoleto? First (1994), por lo menos, no lo cree así. Aunque reconoce las diversas ventajas de las evaluaciones por medio de entrevistas computarizadas, cita varias razones por las que la máquina no puede remplazar al clínico en la actualidad:

- Muchas claves no verbales (como expresiones faciales e inflexiones vocales) no son sensibles en la actualidad a la evaluación basada en computadora.
- En la actualidad no tenemos tecnología basada en computadora que pueda procesar lenguaje sin restricciones (es decir, respuestas libres del paciente que sean mecanografiadas o remitidas en respuesta a cuestionarios computarizados).
- Sólo los clínicos pueden codificar y procesar información pertinente del curso de un trastorno mental o de la secuencia temporal de los síntomas.
- Sólo los clínicos pueden aplicar el "juicio clínico": el umbral implícito de significación clínica.

Sin embargo, es importante señalar que los avances tecnológicos algún día pueden hacer discutibles varios de los puntos de First y, como se expondrá en el capítulo 10, el juicio clínico también tiene sus limitaciones.

Pueden beneficiarse del estudio de un cuerpo de investigación considerable sobre el tema que proporciona un fundamento científico para su arte (Garb, 1998; Wiens, 1983).

Fundamentos y técnicas de la entrevista

Muchos factores influyen en la productividad y utilidad de los datos obtenidos de las entrevistas. Algunos tienen que ver con el escenario físico, otros se relacionan con la naturaleza del paciente. Un paciente mudo o incomunicativo puede no cooperar a pesar del nivel de habilidades del entrevistador. Pocos entrevistadores son efectivos con todos los pacientes. Sin embargo, varios factores o habilidades pueden incrementar la probabilidad de que las entrevistas sean productivas. La capacitación y la experiencia supervisada en la entrevista son muy importantes. Las técnicas que funcionan bien para un entrevistador pueden ser notoriamente menos efectivas para otro; hay una interacción crucial entre técnica y entrevistador. Por ello es muy importante obtener experiencia en un escenario supervisado, ya que permite al entrevistador percatarse de la naturaleza de esta interacción. La capacitación, entonces, no sólo es una simple memorización de reglas sino, más bien, un conocimiento creciente de las relaciones entre reglas, la situación concreta que se enfrenta y el impacto de uno en las situaciones de entrevista.

Distribución física. Una entrevista puede realizarse en cualquier parte en que dos personas puedan

reunirse e interactuar. En algunas ocasiones, esto sucede al azar; por ejemplo, un encuentro con un paciente en la calle. Por lo general, el clínico no escoge un escenario así. Pero las necesidades del paciente, el grado de urgencia en la situación o incluso, en algunos casos, pura coincidencia, pueden hacer inevitable una entrevista de esta clase.

Es obvio que ciertas distribuciones físicas son deseables para una entrevista. Dos de las consideraciones más importantes son la intimidad y la protección contra interrupciones. Nada es más perjudicial para la continuidad de una entrevista que un teléfono que repica sin cesar, la interrupción de una secretaria o alguien que toca a la puerta en forma imperativa. Estas interrupciones son perturbadoras en extremo. Pero es todavía más importante el mensaje que se transmite en forma sutil: que el paciente y sus problemas son de importancia secundaria. Después de todo, las secretarias no tocan a la puerta o pasan una llamada si se les ha instruido lo contrario.

Debido a que la falta de intimidad puede conducir a muchos resultados perjudiciales, también es muy importante que el lugar sea a prueba de ruidos. Si se entromete el ruido de un pasillo o una oficina adyacente, es probable que los pacientes supongan que sus propias voces también pueden escucharse desde afuera. Es probable que pocos pacientes sean abiertos y respondan ante tales condiciones.

La oficina y sus muebles pueden ser tan distractores como los ruidos fuertes y el clamor externo. Hay pocas reglas en esta área y depende mucho del gusto individual. Muchos clínicos prefieren oficinas que sean bastante neutrales, pero de buen gusto. En resumen, una oficina con muebles que llamen la atención o que parezcan exigir a gritos comentarios no sería ideal. El terapeuta golfista necesita no convertir su oficina en un santuario para aquellos a quienes les gusta hacer el recorrido normal; el terapeuta con inclinación por los autos antiguos haría bien en no llenar el escritorio con modelos a escala de automóviles Ford 1928. De alguna manera, debe haber un terreno medio entre una oficina que es fría e imponente a través de su misma neutralidad y una que está atiborrada de objetos importunos y distractores.

Tomar notas y grabar. Si bien se tienen que documentar todos los contactos con los clientes, existe algún debate respecto a si se deben tomar las notas *durante* la entrevista. Aunque hay pocos absolutos, en general parecería deseable tomar notas ocasionales durante ésta. Unas cuantas frases claves anotadas ayudarán a recordar. La mayoría de los clínicos ha tenido la experiencia de sentir que el material en una entrevista es tan importante que no hay necesidad de tomar notas, que recordarán con facilidad el material. Sin embargo, después de haber visto a unos cuantos pacientes más, puede no ser capaz de recordar mucho de la entrevista anterior. Por consiguiente, parece valioso tomar una cantidad moderada de notas. A la mayoría de los pacientes no les molestará y, si a alguno sí le molesta, puede discutirse el tema. En ocasiones un paciente puede comentar que lo que dice puede ser muy importante en virtud de que se está anotando, también puede solicitar que el clínico no tome notas mientras se discute determinado tema. Es probable que la mayoría de los pacientes espere que se tome cierta cantidad de notas.

Ahora bien, debe evitarse cualquier intento de tomar notas literales (excepto cuando se lleva a cabo una entrevista estructurada, que se comenta más adelante). Un peligro de dicha literalidad es que puede impedir que el clínico ponga atención a la esencia de las expresiones verbales del paciente. Una compulsión absoluta a anotar todo puede empañar una comprensión genuina de los matices y significado de los comentarios del paciente. Además, tomar notas en exceso tiende a impedir que el clínico observe al paciente y note los cambios sutiles de expresión o en la posición del cuerpo. Además, una entrevista transcrita por completo tendrá que leerse completa después. El clínico debe abrirse paso a través de 50 minutos de notas a fin de extraer el material más importante, el cual puede haber ocupado sólo 10 minutos.

Con la tecnología actual, es fácil grabar en audio o en video las entrevistas. En ninguna circunstancia debe hacerse esto sin el pleno consentimiento informado del paciente. En la gran mayoría de los casos, una explicación de unos cuantos minutos de lo deseable de la grabación, más la seguridad de que la grabación será confidencial (o que se mostrará sólo a personas autorizadas por el paciente), dará como resultado su cooperación completa. Debido a que el mundo actual está inundado con grabaciones de audio y de video, es poco probable

que la mayoría de los pacientes la objete. En general, los pacientes ni siquiera se molestan por un micrófono y una grabadora que estén a la vista. Puede haber unos cuantos momentos de timidez, pero se desvanecen con rapidez. En efecto, puede resultar que el clínico se sienta más amenazado por la grabadora que el paciente, en especial si es probable que la entrevista sea examinada o evaluada por superiores o asesores.

En algunos casos, es deseable grabar en video ciertas entrevistas. En interés de la investigación, de la capacitación de entrevistadores o terapeutas o de la retroalimentación al paciente como parte del proceso de terapia, la grabación en video en ocasiones tiene gran valor. Como la grabación en audio, debe hacerse en forma abierta, discreta y con el consentimiento informado del paciente.

Empatía

Quizá el ingrediente esencial de una buena entrevista es una relación entre el clínico y el paciente. La calidad y naturaleza de esa relación variará, por supuesto, dependiendo del propósito de la entrevista. Estas diferencias afectarán sin duda la clase de relación que se desarrolle durante el contacto.

Definición y funciones. *Empatía* es la palabra que se usa a menudo para caracterizar la relación entre el paciente y la clasificación. La empatía supone una atmósfera confortable y una comprensión mutua del propósito de la entrevista. Una buena empatía puede ser un instrumento primario por medio del cual el clínico logre los propósitos de la entrevista. No es probable que una relación fría, hostil o adversa sea constructiva. Aunque por supuesto una atmósfera positiva no es el único ingrediente para una entrevista productiva (un entrevistador afectuoso pero mal preparado o lento no generará la mejor de las entrevistas), por lo general es necesario. Cualesquiera que sean las habilidades que posea el entrevistador, de seguro serán más efectivas en proporción con su capacidad de establecer una relación positiva.

Los pacientes se aproximan a la mayor parte de las entrevistas con algún grado de ansiedad. Pueden estar ansiosos por temor a que se descubra que están "locos" o temer que sus declaraciones en la entrevista sean comunicadas a sus patrones. Cualquiera que sea la naturaleza de estas preocupaciones, su presencia es suficiente para reducir la efectividad potencial del entrevistador.

Características. Puede lograrse una buena empatía en muchas formas; quizá tantas como clínicos hay. Sin embargo, es probable que ninguna bolsa de "trucos de empatía" sustituya una actitud de aceptación, comprensión y respeto por la integridad del paciente. Una actitud así no requiere que al clínico le agrade todo paciente, no precisa que haga amistad con todos los pacientes ni que domine un conjunto de comportamientos acordados que garanticen la producción de una empatía instantánea. *Requiere* no prejuzgar a los pacientes con base en los problemas para los que buscan ayuda. Las actitudes de comprensión, sinceridad, aceptación y empatía no son técnicas; considerarlas como tales es perder su verdadera importancia. Pedir que le enseñen cómo parecer sincero, aceptante y empático es confesar la ausencia de estas cualidades.

Cuando los pacientes se dan cuenta de que el clínico está tratando de entender sus problemas para ayudarlos, entonces se posibilita una amplia gama de comportamientos del entrevistador. El sondeo, la confrontación y la asertividad del entrevistador pueden ser aceptables una vez que se ha establecido la empatía. Si el paciente acepta la meta última del clínico de ayudar, no es necesario un estado de agrado mutuo. El paciente reconocerá que éste no busca la satisfacción personal en la entrevista. La empatía no es, como la consideran a menudo los estudiantes principiantes, un estado en que el clínico es recibido siempre con agrado o es considerado siempre como una gran persona. Más bien, es una relación fundada en el respeto, la franqueza mutua, la confianza y cierto grado de tolerancia. No es un premio concedido por un cliente asombrado ni un concurso de popularidad que deba ganar el clínico.

Algunos pacientes han tenido experiencias que no permitirán que acepten con facilidad ni

siquiera las propuestas genuinas para una relación profesional. Pero en la mayor parte de los casos, si el clínico persevera en el papel apropiado y mantiene una actitud de respeto mientras busca la comprensión, se desarrollará la relación. Un error común de los entrevistadores principiantes en las primeras entrevistas es decir algo como: "Vaya, vaya, no se preocupe; sé exactamente cómo se siente." Tales comentarios pueden convencer a los clientes de que el entrevistador no sabe cómo se sienten. Después de todo, ¿cómo podría saber este extraño cómo se están sintiendo? La empatía llegará, pero vendrá por medio de actitudes tranquilas de respeto, aceptación y competencia, no por medio de arreglos rápidos.

Comunicación

En cualquier entrevista debe haber comunicación. Ya sea que se esté ayudando a personas afligidas o asistiendo a los pacientes para que se den cuenta de su potencial, la comunicación es nuestro vehículo. El problema real es identificar las habilidades o técnicas que asegurarán la máxima comunicación.

Inicio de una sesión. A menudo es útil comenzar una sesión de evaluación con una conversación casual. Un comentario o pregunta breve sobre las dificultades para encontrar un lugar donde estacionarse o incluso un comentario banal sobre el clima pueden ayudar a establecer al clínico como una persona real y calmar cualquier temor que pueda haber tenido el paciente respecto a si puede relacionarse siquiera con un "loquero". Pero cualquiera que sea su contenido, una conversación breve diseñada para relajar las cosas antes de sumergirse en las razones del paciente para acudir a la cita por lo general facilitará una buena entrevista.

Lenguaje. Es de extrema importancia el uso de un lenguaje que el paciente pueda entender. Deberá hacerse alguna estimación inicial de sus antecedentes, nivel educativo o complejidad general. Luego, la clase de lenguaje empleado deberá reflejar ese juicio. Es ofensivo hablar a una mujer de 40 años con un grado de maestría en historia como si fuera una niña de octavo grado. No es necesario infantilizar a las personas que buscan ayuda; pedir ayuda no significa que ha disminuido la capacidad de uno para entender.

Al mismo tiempo, puede ser necesario abandonar la jerga psicológica a fin de ser comprendidos por algunos pacientes. También puede ser que la profundidad de nuestra comprensión sea cuestionable si no podemos comunicarnos sin recurrir a palabras de cuatro sílabas. Si nos encontramos usando sin querer lenguaje grandioso para arrancar la admiración de los pacientes, entonces algo anda mal. Del mismo modo, los clínicos que tratan de usar lenguaje "adolescente" cuando entrevistan a alguien de 15 años pueden terminar no sólo alejando al cliente sino viéndose ridículos en el proceso. En resumen, si su respeto por el paciente está intacto, por lo general no necesita recurrir a técnicas más superficiales.

En un estilo relacionado, es importante usar palabras que el paciente interprete con el significado que usted pretende darles. Con mucha frecuencia, por ejemplo, es probable que preguntar a una madre cómo se comporta su hijo produzca la respuesta "Oh, es un buen chico, hace todo lo que se le dice". En ocasiones los psicólogos nos centramos tanto en conceptos como *comportamiento* que olvidamos lo que significan estas palabras para la mayoría de la gente.

También es importante aclarar el significado pretendido de una palabra o término usado por un cliente si hay alguna incertidumbre o interpretaciones alternativas. Por ejemplo, un clínico no debería suponer que sabe lo que un cliente quiere decir con la declaración "Ella es abusiva". Puede indicar que el individuo no trata a otros particularmente bien o que abusa físicamente, algo que justifica la intervención inmediata.

Uso de preguntas. Maloney y Ward (1976) observaron que las preguntas del clínico pueden volverse cada vez más estructuradas conforme procede la entrevista. Distinguen entre varias formas de preguntas, incluyendo las abiertas, las de facilitación, las de aclaración, las de confrontación y las directas. Cada una está diseñada para promover la comunicación y cada una es útil para un propósito o paciente específico. La tabla 6-1 ilustra estos tipos de preguntas.

TABLA 6-1 Cinco tipos de preguntas de entrevista

Tipo	*Importancia*	*Ejemplo*
Abierto	Da al paciente responsabilidad y libertad para responder	"¿Me contaría sobre sus experiencias en la Armada?"
Facilitador	Alienta el flujo de conversación del paciente	"¿Puede hablarme un poco más sobre eso?"
Aclarador	Alienta la claridad o ampliación	"¿Supongo que esto significa que se siente como...?"
Confrontador	Desafía inconsistencias o contradicciones	"Antes, ¿cuando dijo...?"
Directo	Una vez que se ha establecido empatía y el paciente está tomando la responsabilidad de la conversación, estas preguntas pueden ser eficientes y útiles	"¿Qué le dijo a su padre cuando éste criticó su elección?"

Fuente: Maloney y Ward (1976).

Silencio. Quizá no hay nada más perturbador para un entrevistador principiante que el silencio. Sin embargo, puede significar muchas cosas. Lo importante es evaluar su significado y función en el contexto de la entrevista. La respuesta del clínico al silencio deberá ser razonada y sensible a las metas de la entrevista en lugar de a las necesidades o inseguridades personales. Tal vez el cliente está organizando un razonamiento o decidiendo cuál tema discutir a continuación. Quizá el silencio sea indicativo de alguna resistencia. Pero es tan inapropiado saltar y llenar cada silencio momentáneo con charla como tan sólo esperar al paciente cada vez, sin importar la duración de la pausa. Ya sea que el clínico termine un silencio prolongado con un comentario sobre éste o decida introducir una nueva línea de cuestionamiento, la respuesta facilitará la comunicación y entendimiento y no será una solución desesperada a un momento difícil.

Escuchar. Si hemos de comunicarnos con eficacia en nuestro papel de clínicos, nuestra comunicación debe reflejar comprensión y aceptación. No podemos esperar hacer esto si no hemos escuchado, ya que es escuchando que llegamos a apreciar la información y emociones que transmite el paciente. Si nos preocupamos por impresionar al cliente, si estamos inseguros en nuestro papel, si nos guían motivaciones ajenas a la necesidad de entender y aceptar, entonces no es probable que seamos oyentes efectivos. Por ejemplo, muchas personas no pueden recordar el nombre de alguien que les presentaron dos minutos antes. La razón más común para esto es que no escuchan. Están distraídas, preocupadas o quizá tan interesadas por su propia apariencia que nunca escuchan el nombre. Sucede en ocasiones que los terapeutas están tan seguros de una impresión sobre el paciente que dejan de escuchar y por consiguiente ignoran nuevos datos importantes. El clínico hábil ha aprendido cuándo ser un oyente activo.

Satisfacción propia. La entrevista clínica no es el momento ni el lugar para que los clínicos trabajen en sus problemas. En ocasiones un clínico está inseguro o es inexperto desde el punto de vista profesional. A veces los problemas, experiencias o conversación del paciente recuerdan a los clínicos sus problemas o amenazan sus valores, actitudes o adaptación. En una forma u otra, los clínicos deben resistir la tentación de cambiar el foco de atención a sí mismos. Más bien, su atención debe permanecer en el paciente. Es obvio que esto es una cuestión de grado. Ninguno de nosotros tiene tanto autocontrol como para que nunca divaguen nuestros pensamientos o titubee nuestra concen-

tración. Sin embargo, los papeles de clínico y paciente están definidos y no deben confundirse.

En algunos casos, el paciente hará preguntas personales al clínico. En general, éstos deben evitar discutir sus vidas u opiniones personales. Sin embargo, este consejo debe ser templado al percatarse de las razones para la pregunta. Por tanto, una pregunta despreocupada de apertura, como "Dígame, ¿qué piensa del juego de básquetbol de anoche?" no tiene la misma significación que "¿Piensa que Freud tenía razón en su evaluación de la importancia de la envidia del pene en las mujeres?" Cuando una pregunta parece sugerir algo de importancia sobre los problemas del paciente, por lo general es mejor desviarla o darle la vuelta, de modo que usted pueda seguir su hipótesis clínica. Pero si una pregunta es trivial, inocente o de alguna otra manera básicamente inconsecuente, es probable que una falta de respuesta directa sea percibida como la peor clase de evasión.

Impacto del clínico. Hace algunos años, uno de los autores trabajó en una clínica con varios terapeutas. Uno de ellos era un psiquiatra maduro mayor de 50 años, con una marcada afinidad por las batas estampadas. Otro era un psicólogo clínico varón, de apariencia muy juvenil, bastante delgado, vestido con esmero y al parecer bastante inseguro de sí mismo. Era inevitable que ambos fueran percibidos en forma diferente por sus pacientes. El punto es que cada uno de nosotros tiene un impacto característico en los demás, tanto social como profesionalmente. Como resultado, es poco probable que el mismo comportamiento en diferentes clínicos provoque la misma respuesta en un paciente. El terapeuta alto, musculoso y atlético puede intimidar un poco a ciertas clases de pacientes. La entrevistadora muy femenina puede producir respuestas en un cliente muy distintas a las producidas por su contraparte varón. Por consiguiente, corresponde a todos los clínicos cultivar un grado de conocimiento de sí mismo o al menos prepararse mentalmente para considerar los efectos posibles de su impacto antes de asignar un significado al comportamiento de sus pacientes.

Valores y antecedentes del clínico. Casi todos aceptan la idea de que los valores propios, antecedentes y prejuicios que tiene uno afectarán sus percepciones. Por desgracia, por lo general somos más hábiles para validar esta noción en otros que en nosotros. Por consiguiente, los clínicos deben examinar sus experiencias y buscar las bases para sus suposiciones, antes de hacer juicios clínicos de otros. Lo que para el clínico puede parecer evidencia de patología grave en realidad puede reflejar la cultura del paciente. Veamos el siguiente ejemplo:

> Una mujer de origen chino de 48 años había estado recibiendo medicación antipsicótica y antidepresiva contra una depresión psicótica. Con este régimen, la paciente había perdido incluso más peso y esperanza y se había inmovilizado más. Un elemento crítico en este diagnóstico de psicosis era la creencia de la mujer de que su madre difunta, quien aparecía en sus sueños, había viajado del lugar de los muertos para inducir la muerte de la paciente y llevarla al otro mundo. Nosotros no interpretamos este síntoma como una creencia delirante, sino como una creencia cultural consistente en una mujer deprimida que recientemente había comenzado a ver a su madre difunta en sus sueños (un presagio de muerte común en los sueños de algunos pacientes asiáticos). Esta paciente respondió bien después de que se descontinuó el medicamento antipsicótico, se redujo la dosis del antidepresivo y se instituyó una psicoterapia semanal (Westermeyer, 1987, pp. 471-472).

Este caso ilustra cómo todas las claves conductuales en que se basan los clínicos pueden perder su significado cuando se aplican a un paciente de otra cultura. Comenzamos a percatarnos de cuánto depende de unos antecedentes compartidos la capacidad de un clínico para dar sentido a las verbalizaciones de un paciente. Por ejemplo, algunos clínicos del medio oeste que escuchan a pacientes estadounidenses de origen asiático pueden sentir de pronto como si hubieran perdido su propio marco de referencia. Pero al tratar con pacientes del medio oeste, ¿cuántas veces esos clínicos asumen en forma equivocada que sus marcos de referencia son idénticos a los de sus pacientes?

En otros casos, las diferencias de género pueden producir casi los mismos efectos. Los factores

relacionados con el género pueden interactuar con los valores y antecedentes de un clínico. Entonces todo, desde la ignorancia absoluta hasta los estereotipos de género, pueden conspirar para reducir la validez de la entrevista de evaluación. La respuesta parece estar en hacer más conscientes del género a los evaluadores (L. S. Brown, 1990; Good, Gilbert y Scher, 1990). ¿Cómo se vuelve uno consciente del género? Un experto en cuestiones de género ha hecho las siguientes sugerencias:

> Los clínicos que buscan aumentar su conciencia de género podrían centrarse en tres áreas: su conocimiento, actitudes y comportamientos. El conocimiento se incrementa leyendo (como artículos y libros de investigación y conceptuales) o asistiendo a un curso o seminario sobre cuestiones de género. Las actitudes se refuerzan por medio de experiencias con personas que sostienen concepciones de género que difieren de las propias (como personas de culturas, religiones u orientaciones sexuales diferentes), lo cual sirve para ampliar nuestra comprensión de las cuestiones de género. Los comportamientos se mejoran por medio de la práctica y la retroalimentación (con un supervisor que tenga experiencia en cuestiones relacionadas con el género) (G. Good, comunicación personal).

Marco de referencia del paciente

Si el clínico quiere llegar a ser efectivo en el logro de las metas de la entrevista, es esencial que tenga una idea de cómo ve el paciente el primer encuentro. Sólo con este conocimiento pueden colocarse en su contexto apropiado las verbalizaciones y comportamientos del paciente. Por la misma razón, el establecimiento de la empatía será más difícil si el clínico no es sensible a las percepciones y expectativas iniciales del cliente. Un paciente puede tener una idea distorsionada de la clínica e incluso avergonzarse de haber buscado ayuda.

En ocasiones los pacientes han sido presionados para que busquen ayuda. Un cónyuge ha dicho finalmente "¡Vas o hemos terminado!" Un club femenino de estudiantes lanza un ultimátum de que una de sus integrantes "asista a terapia" o deja la casa. Algunos pacientes se presentan en la clínica sólo para aplacar a sus patrones. Cualquiera que sea la razón, coloreará la naturaleza del comportamiento en la entrevista.

Para muchos individuos, ir a ver a un psicólogo clínico despierta sentimientos de inadecuación. Algunos responderán a esto "callándose como un muerto". Otros exhibirán una especie de bravura que dice "Vean, ¡no soy débil!" Otros más pueden volverse competitivos y dar a entender que la psicología sólo es para locos o sugerir que en realidad es improbable que el clínico tenga mucho que ofrecer. En contraste, hay pacientes que comienzan con una visión del clínico como una especie de salvador. Aunque a menudo puede ser bastante remunerador ser visto como un trabajador milagroso o como un gran curador, recuerde que es probable que el paciente reconsidere esta evaluación después. Por ejemplo, en una ocasión un joven paciente internado diagnosticado con trastorno de personalidad limítrofe comentó a toda la unidad de pacientes internados que uno de los autores era el mejor terapeuta del hospital y quizá uno de los mejores en toda la psicología clínica. Imagine la desilusión del autor cuando presenció, cuatro días después, el anuncio del mismo paciente de que el autor era un terapeuta horrible y una vergüenza para su profesión.

Algunos individuos buscan ayuda a fin de lograr que alguien interceda en su nombre. Están buscando un "intermediario" que los ayude a pelear sus batallas con el cónyuge, el patrón, la policía, etc. Por ejemplo, uno de los primeros pacientes del autor era un alcohólico que había entrado y salido de hospitales por más de 20 años. A pesar de sus problemas, era bastante encantador y muy articulado. Su principal motivación era manipular al autor para que intercediera ante el psiquiatra del pabellón para conseguirle privilegios de pabellón abierto y una visita ocasional a la ciudad.

Marco de referencia del clínico

En cierto sentido, la máxima general aquí, como en cualquier empresa, es "Estar preparado". Esto significa que debe haber examinado con cuidado cualquier registro existente del paciente, comprobado la información proporcionada por la persona

que arregló la cita, etc. Esta postura asegurará que el clínico sepa lo más que pueda saberse hasta ese punto sobre el paciente. Esta preparación también puede minimizar el desperdiciar el tiempo de entrevista examinando material que el paciente puede haber cubierto ya con otro personal de la clínica.

Además, el clínico debe ser perfectamente claro respecto al propósito de la entrevista. ¿Es para evaluar la hospitalización del paciente? ¿Está buscando información? Si la entrevista se realiza con base en el motivo de consulta, el clínico debe estar bastante seguro de que entiende qué información solicita el remitente. Siempre es desconcertante descubrir más tarde que, como clínico, se ha malinterpretado la razón para la entrevista.

A lo largo de todo, el clínico debe permanecer enfocado. Sin embargo, la objetividad no tiene que manifestar frialdad o reserva. Más bien, sugiere que el clínico debe estar lo bastante seguro para mantener la compostura y no perder de vista los propósitos de la entrevista. Por ejemplo, si un cliente se volviera muy iracundo y atacara la capacidad, entrenamiento o buenas intenciones del clínico, éste debe recordar que su primera obligación es entender. El clínico debe estar lo bastante seguro para distinguir entre la realidad y las fuerzas que impulsan al paciente.

Dependiendo del propósito de la entrevista, el clínico debe estar preparado también para proporcionar algún cierre para el cliente al concluir la entrevista; es decir, conforme ésta avanza, irá formulando hipótesis y recomendaciones. Una sonrisa confiada pero enigmática al final de la entrevista, aunada a un "Estaremos en contacto", no será suficiente. El clínico deberá estar preparado para llevar a cabo la consulta, establecer otra cita y/o proporcionar alguna retroalimentación al cliente.

Variedades de entrevistas

Hasta este punto, hemos revisado varios elementos y técnicas esenciales de la entrevista vinculados con el proceso de entrevista, sin importar el tipo de ésta. Aquí expondremos varios de los tipos más comunes de entrevistas que realizan los psicólogos clínicos. Ahora bien, es importante señalar que puede administrarse más de una de estas entrevistas al mismo cliente o paciente. Por ejemplo, el mismo paciente puede completar una entrevista de admisión cuando ingresa a un hospital, una entrevista para recopilar la historia clínica y examinar el estado mental una vez que se encuentra en la unidad hospitalaria y más adelante una entrevista de diagnóstico estructurada con el clínico tratante. Con esto en mente, pasemos a examinar algunos de los tipos más usados de entrevistas.

La diversidad de la entrevistas tiene dos características distintivas principales. Primera, las entrevistas difieren en su propósito. Por ejemplo, el propósito de una puede ser evaluar a un cliente que se presenta a una clínica de pacientes externos por primera vez (entrevista de admisión), mientras que el propósito de otra puede ser llegar a una formulación diagnóstica según el DSM-IV (entrevista de diagnóstico). El segundo factor distintivo importante es si una entrevista no está estructurada (denominada a menudo "entrevista clínica") o está estructurada. En las entrevistas no estructuradas, los clínicos están en libertad de plantear cualquier pregunta que les venga a la mente, en cualquier orden. En contraste, las entrevistas estructuradas requieren que el clínico haga, palabra por palabra, un conjunto de preguntas estandarizadas en una secuencia especificada. Tenemos mucho más que decir sobre las entrevistas estructuradas frente a las no estructuradas más adelante en este capítulo.

Se requieren las mismas clases de habilidades sin importar el propósito o tipo de la entrevista. Empatía, habilidades para una buena comunicación, preguntas de seguimiento apropiadas y buenas habilidades de observación son necesarias, aun cuando se administre una entrevista estructurada. Además, hay que tener en cuenta que cualquier entrevista de evaluación puede tener fuertes alusiones terapéuticas. Después de todo, las percepciones del paciente sobre la clínica, su motivación y sus expectativas de ayuda pueden estar moldeadas en un grado significativo por sus experiencias en las entrevistas de admisión o en las sesiones de exploración diagnóstica.

Organizaremos nuestra presentación en esta sección de acuerdo con el propósito de una entrevista. Sin embargo, es importante tener en cuenta que existen versiones estructuradas y no estructuradas de todas estas entrevistas.

Entrevista de admisión

Por lo general, una *entrevista de admisión* tiene dos propósitos: 1) determinar por qué el paciente ha acudido a la clínica u hospital, y 2) juzgar si las instalaciones, políticas y servicios de la dependencia satisfarán las necesidades y expectativas del mismo. Muchas veces, un trabajador social psiquiátrico lleva a cabo tales entrevistas. A menudo, estas pláticas son cara a cara, pero ha habido una tendencia creciente a usar contactos telefónicos antes de la entrevista inicial. Un entrevistador telefónico hábil y sensible puede obtener mucha de la información que se ha recopilado de manera tradicional en la clínica. En algunas condiciones o en ciertas clínicas, la misma persona que más tarde hará la entrevista diagnóstica o aplicará las pruebas se encarga de la entrevista de admisión. Una ventaja de este procedimiento es que los pacientes no son traídos de la Ceca a la Meca mientras pasan de un tipo de entrevista al siguiente.

Otra función de la entrevista inicial es informar al paciente de cuestiones como las funciones, honorarios, políticas, procedimientos y personal de la clínica. Los pacientes son consumidores y tienen todo el derecho a información sobre los servicios y cargos. Estos detalles concretos pueden influir la motivación del paciente para la terapia y a menudo pueden disipar algunos mitos que podrían disminuir sus expectativas de ayuda.

El recuadro 6-2 presenta un ejemplo de un informe de admisión basado en una entrevista con un prospecto de cliente en una clínica comunitaria para pacientes externos.

Entrevista para historia clínica

En una *entrevista para historia clínica* se toma la historia personal y social más completa que sea posible. El clínico está interesado tanto en hechos, fechas y acontecimientos concretos como en los sentimientos del paciente hacia ellos. Es importante señalar que una búsqueda incesante de fechas y nombres en ocasiones puede oscurecer datos importantes y crear en el paciente una tendencia a responder en términos concretos. Este acomodo mental puede impedir a veces el progreso en entrevistas posteriores.

De manera básica, el propósito de una historia clínica es proporcionar unos antecedentes y contexto amplios en los que pueda colocarse tanto al paciente como al problema. Nuestra tecnología de diagnóstico y terapéutica todavía no está tan avanzada que los comportamientos, problemas o pensamientos específicos puedan comprenderse siempre en la misma forma en todas las personas. Por consiguiente, es esencial colocar los problemas del paciente en un contexto histórico y de desarrollo apropiado, de modo que su significación diagnóstica e implicaciones terapéuticas puedan determinarse de manera más confiable.

El abanico del material cubierto en las historias personales y sociales es bastante amplio. Abarca la infancia y la edad adulta, e incluye cuestiones educativas, sexuales, médicas, paternas y ambientales, religiosas y psicopatológicas. Aunque, como se señaló antes, gran parte de este material puede ser objetivo, es en extremo importante tomar nota de la forma en que los pacientes lo presentan, cómo hablan al respecto, las reacciones emocionales ante el material, la evasión o apertura, etcétera.

Aunque la mayoría de los pacientes, en particular los adultos competentes, proporcionan su historia personal y social, a menudo otros adultos informados pueden dar datos e impresiones invaluables. Un cónyuge, un patrón, un maestro o un amigo pueden ser fuentes ricas de información. Los clínicos nunca han utilizado estas fuentes tanto como podrían, quizá debido a que estas entrevistas adicionales son costosas en tiempo y esfuerzo. Además, hay problemas de confidencialidad y confianza. Aun cuando el paciente da su consentimiento y ayuda a reclutar a los informantes, muchos clínicos temen que su utilización puede impedir la relación terapéutica subsiguiente. Aun así, las fuentes externas a menudo pueden proporcionar un panorama del paciente que no puede lograrse de ninguna otra forma. Por supuesto que en el caso de niños pequeños, personas con retardo mental y sujetos incompetentes, existen menos barreras para el uso de dichas fuentes.

La tabla 6-2 presenta el bosquejo de una historia clínica típica.

Entrevista de examen de estado mental

Un *examen de estado mental* se realiza para evaluar la presencia de problemas cognoscitivos, emocionales o conductuales. Las áreas generales que se cubre en dichas entrevistas, junto con extractos de un informe de muestra, se presentan en la tabla 6-3.

RECUADRO 6-2

Muestra de un reporte de admisión

Nombre: MORTON, Charles (nombre ficticio)

Edad: 22

Sexo: Masculino

Ocupación: Estudiante

Fecha de la entrevista: 1 de junio de 1998

Terapeuta: Luke Baldry, Ph.D. (nombre ficticio)

Información de identificación: el cliente es un varón blanco de 22 años que en la actualidad es estudiante de tiempo completo en una universidad grande del medio oeste. Vive solo en un departamento y trabaja medio tiempo en una tienda de abarrotes local.

Queja principal: el cliente se presentó hoy en la clínica quejándose de "depresión", la cual señala que ha empeorado durante las dos semanas anteriores.

Historia del problema presente: el cliente reporta que ha experimentado síntomas de depresión que "vienen y se van" durante el año pasado. Estos síntomas incluyen 1) estado de ánimo deprimido ("sentirse triste"), 2) perturbación del apetito pero sin pérdida de peso significativa, 3) perturbación del sueño (despierta temprano por la mañana), 4) fatiga, 5) sentimientos de poca valía y 6) dificultad para concentrarse. Todos estos síntomas han estado presentes casi todos los días durante las dos semanas anteriores.

El cliente señala que hace un año, más o menos, terminó una relación romántica de cuatro años. Después de este rompimiento, reporta el cliente, se ha retraído cada vez más y, además de algunos de los síntomas anotados antes, experimentó varios ataques de llanto. Aunque su adaptación a este acontecimiento mejoró conforme pasaba el tiempo, comenta que el rompimiento "conmocionó" su seguridad y condujo a una disminución en la cantidad de actividades sociales en que participaba. Además, señala que no ha salido con ninguna chica desde entonces.

El semestre anterior el cliente se transfirió a esta universidad proveniente de un colegio comunitario en otra localidad del medio oeste. Reporta que la mudanza fue difícil tanto en lo emocional como en lo académico. De manera específica, estar lejos de su ciudad natal, de su familia y de sus amigos lo ha llevado a sentirse más aislado y disfórico. Además, informa que sufrieron sus calificaciones en este último semestre —disminuyeron de A en la escuela anterior a C en esta universidad—. Hacia el final del semestre pasado (una vez que se hicieron

Una limitación importante de estas entrevistas ha sido su falta de confiabilidad, debido a que a menudo están muy poco estructuradas en su ejecución. Para abordar este problema se han diseñado entrevistas estructuradas de examen de estado mental. En ellas se plantean preguntas específicas para evaluar el comportamiento en una variedad de áreas. Como señaló Richard Rogers (1995), es importante para los psicólogos clínicos estar familiarizados con los exámenes de estado mental, porque estas entrevistas son uno de los modos principales de evaluación clínica para una variedad de profesionales de la salud mental (incluyendo a los psiquiatras).

Entrevista durante la crisis

Cada vez con mayor frecuencia los clínicos han funcionado en escenarios novedosos, incluyendo clínicas de mostrador y líneas telefónicas de emergencia que se especializan en dar consejo o consuelo a usuarios de drogas, a padres temerosos de abusar de sus hijos o a personas que están solas. Muchas de las "reglas" usuales de la entrevista o de las clasificaciones usuales de las entrevistas se empañan en estos casos. Sin embargo, los principios básicos permanecen. Tome el ejemplo de una madre que, durante la ausencia de su esposo, estaba aterrada por la sensación de que abusaría de su hijo pequeño. Se originó la siguiente conversación telefónica:

evidentes sus probables calificaciones), desarrolló un número creciente de síntomas depresivos.

Historia previa de tratamiento: el cliente reporta que no había buscado antes tratamiento psicológico ni psiquiátrico.

Historia médica: no se reportó una historia médica significativa.

Uso o abuso de sustancias: el cliente niega cualquier síntoma actual de abuso o dependencia de sustancias. Ha "probado" la marihuana en tres ocasiones en el pasado pero niega que la use en la actualidad. Reporta que bebe, en promedio, de tres a cuatro latas de cerveza a la semana.

Medicación: el cliente indica que en la actualidad no toma medicamento alguno.

Historia familiar: ambos progenitores biológicos del cliente están vivos y tiene un hermano (de 20 años) y una hermana (de 26 años). El cliente informa que su madre padece de depresión y ha recibido tratamiento como paciente externo en numerosas ocasiones. Además, reporta que se diagnosticó depresión a su abuelo materno. No se señaló algún problema con el uso de sustancias entre los miembros de su familia.

Ideación suicida u homicida: el cliente negó cualquier ideación, intento u acción suicida u homicida actual o pasada.

Estado mental: el cliente estaba bien arreglado, era cooperativo y vestía con propiedad. Estaba alerta y orientado en todas las esferas. Su estado de ánimo y afecto eran disfóricos. Su habla era clara, coherente y dirigida a la meta. Se notaron algunas dificultades de atención y concentración. Además, su memoria inmediata estaba deteriorada en forma leve. No se encontró evidencia de trastorno del pensamiento formal, delirios, alucinaciones o ideación suicida u homicida. Su perspicacia y juicio parecen estar bien.

Impresión diagnóstica

Eje I:	296.22, Trastorno depresivo mayor, episodio único
Eje II:	V71.09, Sin diagnóstico
Eje III:	Ninguno
Eje IV:	Problemas relacionados con el ambiente social Problemas educativos
Eje V:	Evaluación de la actividad global = 55 (actual)

Recomendaciones: psicoterapia individual. Tratamiento cognoscitivo conductual para la depresión.

Luke Baldry, Ph. D.
Psicólogo clínico con licencia

Madre: Dios mío, ayúdame. Ahí es donde... este... quiero decir, necesito a alguien. Dígame.

Voluntaria: Sí, aquí es. Dígame de qué se trata. Continúe y cuénteme.

Madre: Estoy tan nerviosa. Siento que reviento. Danny está llorando y mi esposo no está aquí, y tengo que detenerlo. No puedo soportarlo más.

Voluntaria: Está bien, creo que entiendo. ¿Está sola?

Madre: Sí, pero no puedo manejarlo.

Voluntaria: Lo sé. Y está muy preocupada. Pero creo que podemos hablar sobre ello. ¿Dónde está usted? ¿Cuál es su dirección?

Madre: Estoy en mi casa en el 308 de Park Place. Desearía que John viniera a casa. Me siento mejor cuando él está aquí. Yo simplemente no puedo manejarlo. Nadie pensó que me hubiera casado.

Voluntaria: ¿Qué piensa que está mal? ¿Tiene miedo de hacer daño a Danny?

Madre: No deja de llorar. Siempre está llorando. John no sabe cómo es esto. Supongo que me culpa; sé que mi madre lo hace. (Comienza a llorar en forma incontrolable.)

Voluntaria: Mire, todo está bien. Tómelo con calma. ¿Dónde está John?

Madre: Está... él maneja un camión. No regresará hasta el jueves.

Voluntaria: Creo que entiendo... y sé que es difícil para usted. ¿Ha hablado con alguien sobre sus sentimientos respecto a estas cosas?

TABLA 6-2 Bosquejo de una historia clínica típica

1. *Datos de identificación,* incluyendo nombre, sexo, ocupación, domicilio, fecha y lugar de nacimiento, religión y educación.
2. *Razón para acudir* a la dependencia y expectativas del servicio.
3. *Situación presente,* como una descripción del comportamiento diario y cualesquier cambios recientes o inminentes.
4. *Constelación familiar* (familia de orientación), incluyendo descripciones de la madre, el padre y otros miembros de la familia y el papel del interesado en la familia en que creció.
5. *Primeros recuerdos,* descripciones de los primeros acontecimientos claros y las circunstancias que los rodean.
6. *Nacimiento y desarrollo,* incluyendo las edades en que caminó y habló, problemas en comparación con otros niños y la perspectiva de la persona sobre sus primeras experiencias.
7. *Salud,* incluyendo infancia y enfermedades y lesiones posteriores, problemas con drogas o alcohol, y comparación de su cuerpo con el de otros.
8. *Educación y capacitación,* incluyendo temas de interés especial y logro.
9. *Expediente laboral,* incluyendo razones para cambiar de empleos y actitudes hacia el trabajo.
10. *Recreación e intereses,* incluyendo trabajo voluntario, lectura y reporte de adecuación de autoexpresión y placeres de quien responde.
11. *Desarrollo sexual,* cubriendo primera conciencia, clases de actividades sexuales y opinión de la adecuación de las expresiones sexuales.
12. *Datos matrimoniales y familiares,* abarcando acontecimientos importantes y qué condujo a ellos, y una comparación de la familia de nacimiento y orientación presente.
13. *Autodescripción,* incluyendo virtudes, defectos e ideales.
14. *Elecciones y momentos cruciales en la vida,* una revisión de las decisiones y cambios más importantes del interesado, incluyendo el suceso individual más importante
15. *Visión del futuro,* incluyendo lo que le gustaría al sujeto que sucediera el próximo año y en cinco o diez años, y lo que es necesario para que ocurran estos acontecimientos.
16. *Cualquier material adicional* que el interesado pueda ver como omitido de la historia.

Fuente: Norman D. Sundberg, *Assessment of Persons.* © 1977, pp. 97-98. Reimpreso con autorización de Prentice Hall, Englewood Cliffs, Nueva Jersey.

Madre: No. Bueno, con Marge la vecina de junto un poco. Dice que ella se ha sentido igual unas cuantas veces. Pero... No sé.

La voluntaria en esta situación continúa reforzando la idea de que comprende. Su manera calmada pero segura parece haber tranquilizado a la madre, quien accede a ir la tarde siguiente y llevar a su hijo consigo.

Es obvio que el propósito de la *entrevista durante la crisis* es enfrentar los problemas cuando ocurren y proporcionar un recurso inmediato. Su objetivo es desviar el potencial para el desastre y alentar a quienes llaman para que establezcan una relación

TABLA 6-3 Entrevista de examen del estado mental de un hombre de 24 años diagnosticado con esquizofrenia

Bosquejo general del examen del estado mental

I. Presentación general: apariencia, comportamiento, actitud
II. Estado de conciencia: alerta, hiperalerta, letárgico
III. Atención y concentración
IV. Habla: claridad, dirigida hacia una meta, deficiencias de lenguaje
V. Orientación: a la persona, lugar, tiempo
VI. Estado de ánimo y afecto
VII. Forma de pensamiento: trastorno de pensamiento formal
VIII. Contenido del pensamiento: preocupaciones, obsesiones, delirios
IX. Capacidad para pensar en forma abstracta
X. Percepciones: alucinaciones
XI. Memoria: inmediata, reciente, remota
XII. Funcionamiento intelectual
XIII. Perspicacia y juicio

* * * * * * * * * * * * * * * * * * *

El paciente parecía desaliñado y exhibió comportamiento "extraño" durante la entrevista. Aunque parecía alerta, se notó algún deterioro en su atención y concentración. De manera específica, experimentó dificultad para repetir una serie de dígitos y realizar cálculos simples sin ayuda de lápiz y papel. No se notó alguna deficiencia del lenguaje, aunque el habla del paciente a veces era difícil de entender y no parecía estar dirigida a una meta (no era una respuesta a la pregunta planteada). Estaba orientado a la persona y al lugar, pero no estaba orientado al tiempo. De manera específica, no estaba seguro del mes y día. Reportó su estado de ánimo como "bueno"; su afecto parecía estar embotado. Demostró algunas señales de trastorno del pensamiento formal: tangencialidad y asociaciones deshilvanadas. Negó tener ideación suicida pero reportó su creencia de que "lo estaba incriminando el FBI" en un crimen que no había cometido. Cuando fue enfrentado con el hecho de que estaba en un hospital psiquiátrico, no en una prisión, afirmó que esto era parte de una "coartada" del FBI, a fin de poder hacerlo parecer "loco". Aunque negó tener alucinaciones, su comportamiento sugirió, de vez en cuando, que estaba respondiendo a alucinaciones auditivas. Por ejemplo, fijó la mirada en el espacio y comenzó a murmurar en varias ocasiones. Su capacidad para abstraer parecía estar deteriorada. Por ejemplo, cuando se le preguntó en qué se parecían una pelota de beisbol y una naranja, respondió: "Ambas están vivas". Los recuerdos inmediatos y recientes del paciente estaban ligeramente deteriorados, aunque su memoria remota estaba intacta. Se estima que tiene una inteligencia promedio. En la actualidad, su perspicacia y juicio parecen ser deficientes.

con la clínica o referirlos de tal forma que pueda trabajarse una solución a largo plazo. Tales entrevistas requieren capacitación, sensibilidad y juicio. Plantear la pregunta equivocada en una entrevista de historia clínica puede dar como resultado un simple fragmento de información errónea. Sin embargo, una persona que llama por teléfono a la que se le hace una pregunta equivocada puede colgar. Conforme los servicios clínicos comienzan a trascender los límites de la clínica convencional, existe la probabilidad de que se diluyan al tener que operar en situaciones que ofrecen menos oportunidad para el control. Pero la oportunidad de intervenir durante crisis reales parece sobrepasar los problemas.

PERFIL 6-1

Thomas A. Widiger, Ph. D.



El doctor Thomas Widiger, profesor en el departamento de psicología de la Universidad de Kentucky, quizá es mejor conocido por su trabajo en las áreas de la clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales. En su carrera, ha publicado cerca de 200 artículos, libros o capítulos de libros. Como uno de los pocos psicólogos relacionados en forma íntima con la revisión más reciente del manual diagnóstico de los trastornos mentales, el doctor Widiger fungió como coordinador de investigación del DSM-IV. El doctor Widiger es autor de dos entrevistas semiestructuradas, la *Entrevista de Trastorno de la Personalidad IV* (*Personality Disorder Interview-IV*), o PDI-IV (Widiger, Mangine, Corbitt, Ellis y Thomas, 1995) y la *Entrevista Estructurada para el Modelo de Cinco Factores de la Personalidad* (*Structured Interview for the Five Factor Model of Personality*; Trull y Widiger, 1997). Tuvimos oportunidad de hacerle unas cuantas preguntas sobre sus antecedentes, perspectiva sobre el campo e ideas sobre las entrevistas estructuradas.

¿Originalmente qué le hizo interesarse en el campo de la psicología clínica?

Supongo que lo que me interesó en un principio en la psicología clínica fueron las disposiciones genéticas y las influencias paternas. Sin embargo, recuerdo que estaba interesado en por qué soy como soy. La mayoría de mis amigos que estaban en la universidad no cursó la materia de psicología, aunque uno iba a estudiar odontología y otro medicina. Aquellos que no asistieron a la universidad trabajaban en los campos de la mecánica automotriz y la reparación de autopistas. Durante los primeros dos años de universidad me especialicé en redacción creativa. Deseaba ser novelista.

Sin embargo, reconocí que sería muy difícil hacer una vida razonable escribiendo poesía y novelas. En el segundo semestre de mi segundo año, tomé un curso de psicología anormal. Lo encontré tan interesante, que rivalizaba incluso con el curso de literatura inglesa que me enseñaba un hippie de cabello muy largo que invitaba a los estudiantes a su casa para comentar a Vonnegut, Heller y Castaneda (los buenos viejos tiempos). La psicología clínica era un campo que se interesaba en cuestiones que eran (o deberían ser) de importancia central para la vida de cualquier individuo: por qué eres como eres y qué puedes hacer al respecto. Quizá mi interés era típico para un estudiante universitario que pasa por un periodo normal de confusión de identidad, o tal vez reflejaba una preocupación por los conflictos y luchas propios.

Al final del semestre, pedí al profesor que me recomendara algunas lecturas adicionales. Asistía a un colegio universitario de dos años, y éste era el único curso avanzado en psicología que ofrecía. Me recomendó tres libros: *La interpretación de los sueños* de Freud, *Divided Self* de R. D. Laing y *Sex in Psychoanalysis* de Sandor Ferenczi. No tengo idea de por qué incluyó el texto de Ferenczi con los de Freud y Laing; sólo podría especular. En cualquier caso, quedé fascinado con los textos de Freud y Laing. Los leí con voracidad, compré libros adicionales de Freud, Laing y otros, y decidí luego cambiar mi carrera a psicología clínica.

Describa en qué actividades participa como psicólogo clínico.

Mi actividad principal dentro de la psicología clínica es realizar y supervisar investigaciones. Tengo la fortuna de ser asistido por muchos estudiantes graduados brillantes, motivados y talentosos. La mayor parte de mis estudios son en colaboración con ellos. Nos reunimos con regularidad para discutir y generar nuevas ideas

para la investigación, así como para resolver los pormenores de los proyectos en curso. En mi opinión, la investigación empírica puede dar luz e incluso resolver la mayor parte de las controversias y disputas dentro de la psicología clínica (si no es que todas), y disfruto el desafío de tratar de diseñar y poner en práctica proyectos informativos.

También imparto varios cursos de licenciatura y posgrado, incluyendo psicología anormal, psicopatología, historia de la psicología clínica, problemas éticos en la psicología clínica y personalidad. Trato de enfatizar los problemas y controversias actuales. Algunos de mis estudios más exitosos se generaron en parte a través de discusiones en clase.

También soy investigador del Consejo Estatal de Psicología de Kentucky. Los psicólogos clínicos de Kentucky deben obtener una licencia del Consejo Estatal, y este consejo recibe quejas respecto a prácticas fraudulentas y contrarias a la ética. Por lo general investigo a dos o tres psicólogos en cualquier momento. Es un trabajo difícil, que consume tiempo y es desagradable (si no es que desmoralizador), ya que aquí no hay ganadores.

También tengo una pequeña práctica privada, limitada a una o dos personas, por lo general estudiantes de licenciatura o de posgrado inscritos en otros departamentos de la universidad. También superviso la psicoterapia proporcionada por dos o tres estudiantes graduados en el Centro de Servicios Psicológicos, una clínica pequeña operada por el Departamento de Psicología de la Universidad de Kentucky. Mi enfoque particular de la psicoterapia es ecléctico, aunque subrayo la perspectiva cognoscitiva conductual y psicodinámica (de relaciones con los objetos).

Aparte de esto, practico la jardinería, apuesto y espero a que comience la temporada de básquetbol colegial.

¿Cuáles son sus áreas particulares de experiencia o interés?

Mis áreas primarias de interés son el diagnóstico, la evaluación y la clasificación, en particular los modelos de clasificación dimensionales frente a los categóricos, las diferencias de género y los prejuicios, y los trastornos de personalidad. Hay etiologías y patologías específicas, pero creo que la mayor parte de los casos de trastorno mental son resultado de una interacción compleja a lo largo del tiempo de diversas disposiciones biogenéticas y experiencias ambientales. Una demarcación entre el funcionamiento normal y el anormal es significativa, pero en muchos sentidos resulta arbitraria. No considero que las personas con trastornos mentales sean cualitativamente diferentes a nosotros ("Yo estoy bien y tú no"). Nunca he conocido a una persona de la que crea que no tiene una enfermedad mental. Tal vez éste sea un comentario provocativo, pero quizá no lo debería ser. No tengo problemas para reconocer que hemos sufrido de muchos trastornos físicos a lo largo de nuestras vidas, y es probable que en la actualidad padezcamos varios de ellos. Sin embargo, debido en gran parte a la estigmatización del trastorno mental (el temor de que no seamos "amos de nuestros dominios"), de alguna manera creemos que nunca hemos padecido o padeceremos de un trastorno mental ("Yo estoy bien y tú estás bien"). La vida puede ser difícil en extremo, y nuestras disposiciones genéticas y experiencias familiares, sociales y culturales nos dejarán con desperfectos, conflictos, desregulaciones, irracionalidades y limitaciones que deterioran de manera significativa nuestra capacidad para vivir una existencia satisfactoria, significativa y agradable por completo. Tal vez ninguno de nosotros esté cien por ciento sano psicológicamente ("Yo no estoy bien y tú tampoco").

¿Cuáles son las tendencias futuras que ve para la psicología clínica?

El futuro de la psicología clínica es una buena pregunta. Parece que estamos en un periodo significativo para la profesión. Puede ser muy diferente dentro de 50 años, lo cual quizá no es sorprendente dado que fue muy diferente hace 50 años. Mis colegas más jóvenes en ocasiones tienen la impresión de que ésta es una profesión establecida que resistirá con éxito las presiones económicas para disolverla. De hecho, es una

(continúa)

Perfil 6-1 *(continuación)*

profesión joven que surgió en gran medida como respuesta a presiones económicas.

¿Cuáles son las ventajas de las entrevistas estructuradas y qué avances futuros ve en esta área de la evaluación?

La crítica es quizá el alma del progreso científico. La documentación científica de la eficacia de la psicoterapia se desarrolló en gran parte para encarar la acusación de que la psicoterapia no tenía beneficios reales o significativos. Se está dando una tendencia comparable respecto de la evaluación clínica, incluyendo las entrevistas clínicas no estructuradas. Los clínicos han tenido que defender la validez y credibilidad de sus diagnósticos y evaluaciones ante jueces, abogados, consejos de revisión, compañías de seguros, etcétera. Algunos de los ataques tendrán una motivación egoísta (quizá incluso poco ética), pero de cualquier forma deben enfrentarse.

Una de las principales innovaciones de la tercera edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-III) de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense (American Psychiatric Association, 1980) fue la provisión de conjuntos de criterios relativamente específicos y explícitos para facilitar la obtención de diagnósticos clínicos confiables. Antes del DSM-III, los diagnósticos clínicos eran tan poco confiables que sin duda carecían de validez. Si dos clínicos proporcionaban diagnósticos diferentes, es bastante improbable que ambos estuvieran en lo correcto. Los conjuntos de criterios relativamente específicos y explícitos del DSM-III han conducido a la obtención de diagnósticos confiables dentro de la investigación, lo cual a su vez ha conducido a investigaciones muy informativas (y replicadas) concernientes a la etiología, patología y tratamiento.

Sin embargo, la investigación también ha indicado que continúan ofreciéndose diagnósticos poco confiables dentro de los escenarios clínicos aplicados, en gran medida porque no se han conducido evaluaciones sistemáticas y amplias de los conjuntos de criterios de diagnóstico. Habrá casos en que existan razones válidas para no adherirse al DSM, pero cualquier desviación debería por lo menos reconocerse y documentarse. Las evaluaciones clínicas no estructuradas en la práctica clínica habitual tienden a ser poco sistemáticas, idiosincrásicas y poco confiables. Como resultado, no se correlacionan de manera significativa con validadores externos (es decir, con indicadores válidos de la etiología, patología y tratamiento); a menudo se correlacionan con indicadores de género, étnicos y otras expectativas o suposiciones prejuiciadas; y con frecuencia carecen de credibilidad cuando son criticadas por una revisión externa.

Las entrevistas clínicas semiestructuradas ofrecen muchas ventajas y beneficios. Aseguran que la entrevista sea sistemática, amplia y replicable. Reducen al mínimo la ocurrencia de prejuicios y suposiciones idiosincrásicos. Proporcionan cuestionamientos y sondeos que han mostrado en forma empírica que generan información útil. Se obtendrán diagnósticos confiables y válidos dentro de la práctica clínica si la entrevista es sistemática, amplia y objetiva. Las entrevistas semiestructuradas deberían utilizarse en evaluaciones forenses, de discapacidad y otras evaluaciones formales, además de formar parte de las evaluaciones de admisión iniciales (junto con inventarios de exploración de informe personal). Esto no quiere decir que dichas entrevistas no tengan limitaciones. Pueden ser problemáticas en el establecimiento de empatía y en ocasiones serán superficiales y restrictivas. Sin embargo, la entrevista semiestructurada puede incorporarse en una práctica clínica sin sufrir costos serios. La mayor parte de los programas de posgrado en psicología clínica dedica un año de capacitación a la evaluación. En los primeros años de la profesión, al parecer nada de este tiempo se dedica a la importancia de las entrevistas clínicas objetivas, sistemáticas y amplias. Sin embargo, esto parece estar cambiando. Espero que la capacitación en evaluación de los estudiantes de posgrado en psicología clínica en el futuro pongan más atención al valor y técnicas de las entrevistas clínicas semiestructuradas.

Entrevista de diagnóstico

Como se mencionó en el capítulo 5, los psicólogos clínicos evalúan a los pacientes de acuerdo con los criterios del DSM-IV. Las compañías de seguros, los protocolos de investigación o incluso los procesos judiciales pueden requerir una *evaluación de diagnóstico*. Ahora bien, la forma en que los clínicos lleguen a dicha formulación depende en gran medida de ellos. Desde una perspectiva histórica, utilizaron una entrevista clínica —una *entrevista no estructurada* de formato libre cuyo contenido variaba en gran medida de un especialista a otro—. Como podría esperarse, este método de entrevista a menudo da como resultado estimaciones poco confiables, ya que dos clínicos que evalúen al mismo paciente pueden llegar a diferentes formulaciones diagnósticas. La investigación sobre la confiabilidad de los diagnósticos utilizando entrevistas clínicas no estructuradas no ha apoyado este enfoque (por ejemplo, Matarazzo, 1983; Ward, Beck, Mendelson, Mock y Erbauch, 1962).

Por suerte, las cosas han cambiado. Los investigadores han elaborado entrevistas de diagnóstico estructuradas que pueden utilizar los psicólogos clínicos en sus investigaciones o en su trabajo clínico. Una *entrevista de diagnóstico estructurada* consiste en un conjunto estándar de preguntas y sondeos de seguimiento que se hacen en una secuencia específica. El uso de entrevistas de diagnóstico estructuradas asegura que se planteen las mismas preguntas a todos los pacientes o sujetos. Esto hace más probable que dos clínicos que evalúan al mismo paciente lleguen a la misma formulación diagnóstica (alta confiabilidad interjueces).

Los psicólogos clínicos disponen de varias entrevistas de diagnóstico estructuradas. La figura 6-1 presenta un fragmento de la *Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje I del DSM-IV* (*Structured Clinical Interview for Axis I DSM-IV Disorders*; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1995), conocida como la SCID-I. Esta sección de la SCID-I evalúa la presencia de los criterios del DSM-IV para "fobia específica". Las preguntas del entrevistador aparecen en la columna de la izquierda, y los criterios reales del DSM-IV para este trastorno, en la columna de en medio.

Confiabilidad y validez de las entrevistas

Como con cualquier forma de evaluación psicológica, es importante valorar la confiabilidad y validez de las entrevistas. La confiabilidad de una entrevista se valora en función del nivel de acuerdo entre al menos dos jueces que evalúan al mismo paciente o cliente. Por acuerdo queremos decir consenso en los diagnósticos asignados, en la estimación de los niveles de rasgos de personalidad o en cualquier otro tipo de información sumaria derivada de una entrevista. A menudo se hace referencia a esto como *confiabilidad interjueces*. Puede cuantificarse de muchos modos, incluyendo el *coeficiente kappa* (Cohen, 1960) o el coeficiente de correlación intraclase (Shrout y Fleiss, 1979).

La validez de una entrevista se refiere a lo bien que mide lo que pretende medir. Por ejemplo, una demostración de que las puntuaciones de una entrevista de depresión se correlacionan altamente con las puntuaciones de una medida de informe personal muy respetada de depresión, sugeriría que hay algún grado de validez en el uso de las puntuaciones de esta entrevista para evaluar la depresión. La evidencia para la *validez predictiva* de una entrevista se demostraría si las puntuaciones de esta medida se correlacionaran de manera significativa con acontecimientos futuros considerados relacionados con ese constructo (de suerte que pueden "predecirlo"). Por ejemplo, si las puntuaciones de nuestra entrevista de depresión se correlacionaran altamente con un pésimo rendimiento académico durante los siguientes dos meses, podríamos decir que tenemos evidencia que apoya la validez predictiva de nuestra entrevista.

Como debería ser evidente, tanto la confiabilidad como la validez de una medida, como una entrevista, son cuestión de grado. Las puntuaciones de las entrevistas, como las de las pruebas psicológicas, no son perfectamente confiables ni válidas. Pero entre mayores la confiabilidad y la validez, más seguros estamos de nuestras conclusiones. Ahora pasaremos a observar con mayor detenimiento las cuestiones de confiabilidad y validez con relación a las entrevistas.

Confiabilidad

Las entrevistas estandarizadas (estructuradas) con instrucciones de calificación claras serán más confiables que las no estructuradas. La razón es que

F I G U R A 6 - 1 Sección de fobia específica de la Entrevista clínica estructurada para trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I)

Fuente: tomado de *Structured Clinical Interview for Axis I DSM-IV Disorders* por M. B. First, R. L. Spitzer y J. B. W. Williams, pp. F16-F19. Derechos reservados 1996 por Biometrics Research. Reimpreso con autorización.

FOBIA ESPECÍFICA	CRITERIOS PARA FOBIA ESPECÍFICA		PREGUNTA DE EXPLORACIÓN #7 (SÍ / NO)
→ SI SE RESPONDE "NO" A LA PREGUNTA DE EXPLORACIÓN #7, PASE A "TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO".			SI NO: PASE A "TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO"
→ SI SE RESPONDE "SÍ" A LA PREGUNTA #7: Usted ha dicho que hay otras cosas a las que teme en especial, como volar, ver sangre, ser inyectado, las alturas, lugares cerrados o ciertas clases de animales o insectos			
→ SI NO SE USA EL EXPLORADOR: ¿hay otras cosas a las que teme en especial, como volar, ver sangre, ser inyectado, las alturas, lugares cerrados o ciertas clases de animales o insectos? Háblame al respecto. ¿Qué teme que sucedería cuando (SE ENFRENTA CON EL ESTÍMULO FÓBICO)?	A. Temor marcado y persistente que es excesivo o irracional, señalado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específico (por ejemplo volar, las alturas, animales, recibir una inyección, ver sangre).	? 1 2 3 (1: PASE A "TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO")	F67
¿Siempre se siente asustado cuando (SE ENFRENTA CON EL ESTÍMULO FÓBICO)?	B. La exposición al estímulo fóbico provoca de manera casi invariable una respuesta de ansiedad inmediata, la cual puede tomar la forma de un ataque de pánico ligado a la situación o predispuesto por la situación. Nota: en niños, la ansiedad puede expresarse con llanto, berrinches, quedarse paralizado o agarrarse a la pierna de un adulto.	? 1 2 3 (1: PASE A "TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO")	F68
¿Piensa que está más temeroso de (ESTÍMULO FÓBICO) de lo que habría estado (o de lo que habría sentido)?	C. La persona reconoce que el temor es excesivo o irracional. Nota: en niños, esta característica puede estar ausente.	? 1 2 3 (1: PASE A "TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO")	F69

? = información inadecuada 1 = ausente o falso 2 = por debajo del umbral 3 = por encima del umbral o verdadero

FIGURA 6-1 *(continuación)*

¿Cambia su camino para evitar (EL ESTÍMULO FÓBICO)? (¿Hay cosas que no hace debido a este temor que en otras circunstancias habría hecho?) SI NO: ¿Qué tan fuerte es para usted (ENFRENTARSE CON EL ESTÍMULO FÓBICO)?	D. La o las situaciones fóbicas se evitan o de lo contrario se soportan con intensa ansiedad o angustia.	? 1 2 3 PASE A *TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO*	F70
SI ES POCO CLARO SI EL TEMOR FUE SIGNIFICATIVO DESDE EL PUNTO DE VISTA CLÍNICO: ¿cuánto interfiere (FOBIA) con su vida? (¿Hay algo que evita debido a su temor a (ESTÍMULO FÓBICO)? SI NO INTERFIERE CON LA VIDA: ¿cuánto lo ha preocupado el hecho de temer a (ESTÍMULO FÓBICO)?	E. La evitación, anticipación ansiosa o angustia en la situación temida interfiere de manera significativa con la rutina normal de la persona, el funcionamiento ocupacional (académico) o con actividades sociales o relaciones con otros, o hay una angustia marcada respecto a tener la fobia.	? 1 2 3 PASE A *TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO*	F71
SI ES MENOR DE 18 AÑOS: ¿Hace cuánto que tiene estos temores?	F. Para los individuos menores de 18 años, la duración es de al menos 6 meses.	? 1 2 3 PASE A *TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO*	F72
SI TODAVÍA NO ESTÁ CLARO: REGRESE A ESTE REACTIVO DESPUÉS DE COMPLETAR LA SECCIÓN SOBRE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO.	G. La ansiedad, ataques de pánico o evitación fóbica asociados con el objeto o situación específico no son explicados mejor por otro trastorno mental, como trastorno obsesivo compulsivo (por ejemplo, temor a la contaminación), trastorno de estrés postraumático (por ejemplo, evitación de estímulos asociados con un factor productor de estrés grave), trastorno de ansiedad de separación (por ejemplo, evitación de la escuela), fobia social (por ejemplo, evitación de situaciones sociales debido al temor de avergonzarse), trastorno de pánico con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de pánico.	? 1 2 3 PASE A *TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO*	F73

? = Información inadecuada   1 = ausente o falso   2 = por debajo del umbral   3 = por encima del umbral o verdadero

FIGURA 6-1 *(continuación)*

LOS CRITERIOS DE FOBIA ESPECÍFICA A, B, C, D, E, F Y G SE CODIFICAN CON "3" — 1 (PASE A *TRASTORNOS OBSESIVOS COMPULSIVOS) — 3 (FOBIA ESPECÍFICA) — F74

TIPO INDICATIVO:
(Marcar todas las que se apliquen)

__Tipo animal (incluye insectos) — F75

__Tipo ambiente natural (incluye tormentas, alturas, agua) — F76

__Tipo sangre/inyección/lesiones (incluye ver sangre, lesiones o recibir una inyección u otro procedimiento invasivo) — F77

__Tipo situacional (incluye transporte público, túneles, puentes, elevadores, volar, conducir o lugares cerrados) — F78

__Otro tipo (por ejemplo, temor a situaciones que podrían conducir a ahogarse, vomitar o contraer una enfermedad) — F79
Especificar:______________________

CRONOLOGÍA DE LA FOBIA ESPECÍFICA

SI NO ESTÁ CLARA: ¿Durante el mes pasado le ha preocupado (FOBIA ESPECÍFICA)?

¿Ha satisfecho los criterios para fobia específica durante el mes anterior? — ? 1 3 — F80

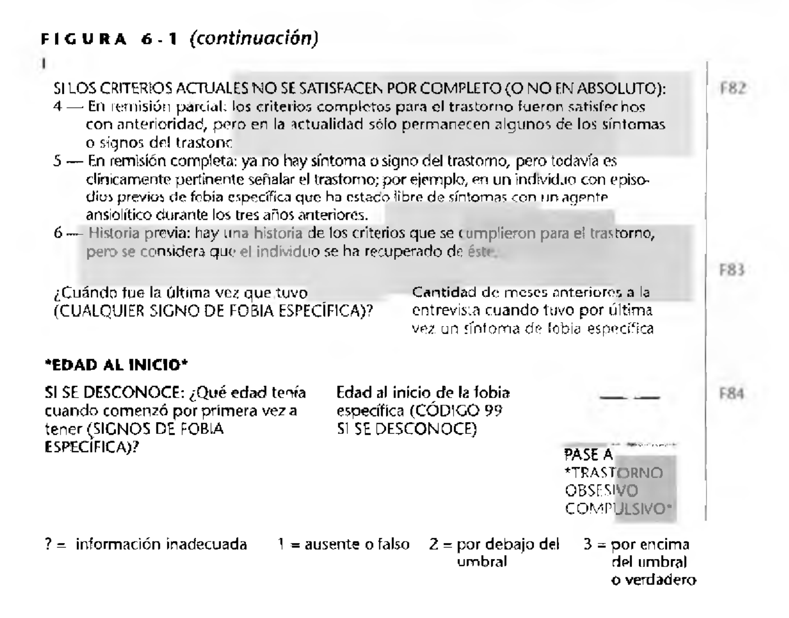
INDICAR GRAVEDAD ACTUAL: — F81

1 — Leve: están presentes pocos síntomas, o ninguno de los que se requieren para el diagnóstico; los síntomas no dan como resultado más que deterioros menores en el funcionamiento social u ocupacional.
2 — Moderada: están presentes síntomas o deterioro funcional entre "leve" y "grave".
3 — Grave: están presentes más síntomas de los que se requieren para el diagnóstico, hay varios síntomas particularmente graves o dan como resultado un deterioro marcado en el funcionamiento social u ocupacional.

CONTINÚE CON *EDAD AL INICIO*, MÁS ADELANTE.

? = información inadecuada 1 = ausente o falso 2 = por debajo del umbral 3 = por encima del umbral o verdadero

FIGURA 6-1 *(continuación)*


SI LOS CRITERIOS ACTUALES NO SE SATISFACEN POR COMPLETO (O NO EN ABSOLUTO): F82

4 — En remisión parcial: los criterios completos para el trastorno fueron satisfechos con anterioridad, pero en la actualidad sólo permanecen algunos de los síntomas o signos del trastorno.

5 — En remisión completa: ya no hay síntoma o signo del trastorno, pero todavía es clínicamente pertinente señalar el trastorno; por ejemplo, en un individuo con episodios previos de fobia específica que ha estado libre de síntomas con un agente ansiolítico durante los tres años anteriores.

6 — Historia previa: hay una historia de los criterios que se cumplieron para el trastorno, pero se considera que el individuo se ha recuperado de éste.

¿Cuándo fue la última vez que tuvo (CUALQUIER SIGNO DE FOBIA ESPECÍFICA)? — Cantidad de meses anteriores a la entrevista cuando tuvo por última vez un síntoma de fobia específica F83

EDAD AL INICIO

SI SE DESCONOCE: ¿Qué edad tenía cuando comenzó por primera vez a tener (SIGNOS DE FOBIA ESPECÍFICA)? — Edad al inicio de la fobia específica (CÓDIGO 99 SI SE DESCONOCE) ___ ___ F84

PASE A *TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO*

? = información inadecuada 1 = ausente o falso 2 = por debajo del umbral 3 = por encima del umbral o verdadero

las primeras reducen la varianza de la información y del criterio. La *varianza de la información* se refiere a la variación en las preguntas de los clínicos, las observaciones que realizan durante la entrevista y el método para integrar la información obtenida (Rogers, 1995). La *varianza del criterio* denota la variación en los umbrales de calificación entre clínicos (Rogers, 1995). Los lineamientos bien definidos para la calificación hacen más probable que dos clínicos califiquen en forma parecida la misma respuesta del entrevistado.

Dado que la mayor parte de la investigación sobre las propiedades psicométricas de las entrevistas se ha enfocado en las entrevistas de diagnóstico estructuradas, las expondremos con cierto detalle. Durante muchos años las entrevistas de diagnóstico se consideraron muy poco confiables (Matarazzo, 1983; Ward y cols., 1962). Sin embargo, han cambiado varios puntos. Primero, con la introducción del DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), se elaboraron criterios operacionales para la mayor parte de los diagnósticos de trastornos mentales. Esto facilitó mucho saber cuáles características evaluar a fin de aceptar o descartar el diagnóstico de un trastorno mental particular. Segundo, y quizá más importante, varios grupos de investigadores elaboraron entrevistas estructuradas para evaluar de manera sistemática los diversos criterios del DSM para los trastornos mentales. Es claro que la confiabilidad de la información de diagnóstico derivada de entrevistas estructuradas excede a la obtenida de entrevistas no estructuradas (Rogers, 1995).

Como se mencionó antes, el tipo más común de confiabilidad evaluada y reportada para las entrevistas de diagnóstico estructuradas es la confiabilidad interjueces. Otra medida de confiabilidad que se examina en las entrevistas de diagnóstico estructuradas, al igual que en otras entrevistas, es la *confiabilidad test-retest;* esto es, la consistencia de las puntuaciones o diagnósticos a lo largo del tiempo. Esperamos que, en general, los individuos reciban puntuaciones o diagnósticos similares cuando se aplica de nuevo una entrevista. Por ejemplo, se esperaría que un paciente al que se le asigna un diagnóstico de trastorno depresivo mayor basado en una entrevista estructurada recibiera el mismo diagnóstico si fuera entrevistado de nuevo (usando la misma entrevista estructurada) al día siguiente.

TABLA 6-4 Tipos comunes de confiabilidad que se evalúan para valorar las entrevistas

Tipo de confiabilidad	*Definición*	*Índice estadístico*
Confiabilidad entre expertos o interjueces	Índice del grado de acuerdo entre dos o más expertos o jueces respecto al nivel de un rasgo que está presente o la presencia o ausencia de una característica o diagnóstico	r de Pearson Correlación intraclase Kappa
Confiabilidad test-retest	Índice de la consistencia de las puntuaciones de entrevista a lo largo de algún periodo de tiempo	r de Pearson Correlación intraclase

Esperamos que la confiabilidad test-retest de una entrevista sea bastante alta cuando el periodo transcurrido entre la prueba inicial y la repetición es corto (horas o unos cuantos días). Sin embargo, cuando el periodo transcurrido es largo (meses o años), la confiabilidad test-retest resulta perjudicada. Una razón, en especial cuando se evalúan diagnósticos de trastorno mental "actual", es que el estado psicológico del paciente puede haber cambiado. Por ejemplo, el hecho de que un paciente no reciba de nuevo un diagnóstico de trastorno depresivo mayor al repetir la prueba después de seis meses no necesariamente es una acusación para nuestra entrevista estructurada. Debido a que los episodios depresivos mayores pueden tener una duración relativamente corta, nuestra entrevista puede ser bastante precisa al no revelar diagnóstico alguno al repetir la prueba.

El punto es que el nivel de confiabilidad test-retest que se obtiene debe interpretarse en el contexto de la naturaleza de la variable (un estado breve o síndrome temporal frente a un rasgo de personalidad perdurable), al igual que de la longitud del periodo transcurrido entre la prueba y su repetición. Cuando la confiabilidad test-retest es baja, esto puede deberse a muchos factores, incluyendo la tendencia del sujeto a reportar menos síntomas en la repetición de la prueba, aburrimiento o fatiga del individuo en la repetición o el efecto de variaciones en el estado de ánimo en el reporte de los síntomas (Sher y Trull, 1996).

La tabla 6-4 describe los índices de confiabilidad para entrevistas estructuradas. La tabla 6-5 presenta un conjunto de datos hipotéticos de un estudio que evalúa la confiabilidad de diagnósticos de alcoholismo derivados de una entrevista estructurada. Este ejemplo evalúa la confiabilidad interjueces (el nivel de acuerdo entre dos jueces), pero los cálculos serían iguales si uno deseara evaluar la confiabilidad test-retest. En este caso, los datos para el juez 2 serían remplazados por datos para la prueba 2 (repetición de la prueba).

Como puede verse, ambos jueces evaluaron a los mismos 100 pacientes para la presencia o ausencia de un diagnóstico de alcoholismo mediante una entrevista estructurada. Los dos jueces concordaron en 90% de los casos [(30 + 60)/100]. El acuerdo aquí se refiere a llegar a la misma conclusión, no sólo estar de acuerdo en que el diagnóstico está presente, sino que no lo está. La tabla 6-5 también presenta el cálculo de *kappa*, un índice de acuerdo corregido para el azar, el cual es menor que el acuerdo general. La razón para este valor inferior es que los jueces estarán de acuerdo con base sólo en el azar en situaciones donde la tasa de frecuencia para un diagnóstico es relativamente alta o baja. En el ejemplo de la tabla 6-5, vemos que el diagnóstico de alcoholismo es relativamente infrecuente. Por consiguiente, un juez que *siempre* juzgó que el trastorno estaba ausente estaría en lo correcto (y es probable que estuviera de acuerdo con otro juez) en muchos casos. El coeficiente kappa toma en cuenta estos casos de acuerdo basados sólo en el azar y ajusta el índice de acuerdo (hacia abajo) en consecuencia. En general, se considera que un valor *kappa* entre .75 y 1.00 refleja un acuerdo entre jueces excelente más allá del azar (Cicchetti, 1994).

TABLA 6-5 Acuerdo diagnóstico entre dos expertos

		Experto 2	
		Presente	Ausente
Experto 1	Presente	30 (a)	5 (b)
	Ausente	5 (c)	60 (d)

N = 100

Acuerdo general = a + d/N = .90

$$\text{Kappa} = \frac{(a+d/N)-[(a+b)(a+c)+(c+d)(b+d)]/N^2}{1-[(a+b)(a+c)+(c+d)(b+d)]/N^2}$$

$$= \frac{ad-bc}{ad-bc+N(b+c)/2}$$

$$= \frac{1775}{2275}$$

$$= .78$$

Validez

La validez de cualquier tipo de medida psicológica puede adoptar muchas formas. La *validez de contenido* se refiere a la amplitud de la medida para evaluar la variable de interés. En otras palabras, ¿hace un buen trabajo al medir en forma adecuada todos los aspectos importantes del constructo de interés? Por ejemplo, si una entrevista está diseñada para medir depresión, entonces esperaríamos que contenga múltiples preguntas que evalúen varios aspectos emocionales, cognoscitivos y fisiológicos de la depresión.

La *validez relacionada con el criterio* se refiere a la capacidad de una medida para predecir (correlacionarse con) puntuaciones en otras medidas relevantes. Éstas pueden administrarse en forma concurrente con la entrevista (*validez concurrente*) o en algún punto en el futuro (validez predictiva). Por ejemplo, puede decirse que una entrevista que evalúa un trastorno de conducta en la infancia tiene validez relacionada con el criterio en la medida en que sus puntuaciones se correlacionen con medidas de rechazo a los compañeros y comportamiento agresivo.

La *validez discriminativa* se refiere a la capacidad de la entrevista para *no* correlacionarse con medidas que no se relacionan desde el punto de vista teórico con el constructo que se está midiendo. Por ejemplo, no hay razón teórica por la que una fobia específica (a las alturas, por ejemplo) debería correlacionarse con el nivel de inteligencia. Por consiguiente, una demostración de que las dos medidas no se correlacionan de manera significativa indicaría la validez discriminativa de la entrevista para cierta fobia.

Por último, el término *validez de constructo* denota todos estos aspectos de la validez. Por tanto, muchos investigadores describen el proceso de elaboración y validación de una medida como un proceso de validación del constructo. La tabla 6-6 describe estos índices de validez.

En el caso de las entrevistas de diagnóstico estructuradas, por lo general se asume la validez de contenido, debido a que estas entrevistas se elaboraron a fin de medir criterios del DSM relativos a trastornos mentales específicos. Esto acaba con la necesidad de realizar esfuerzos de validación dirigidos al establecimiento de una validez relacionada con el criterio, discriminativa y de constructo de la entrevista. Aunque se han llevado a cabo algunos estudios de validación, se necesitan muchos más. Tomemos como ejemplo una entrevista de diagnóstico estructurada popular, la SCID, por sus siglas en inglés. Como señaló Rogers (1995), se han intentado relativamente pocos estudios para demostrar la validez relacionada con el criterio o discriminativa de la SCID. De manera específica, no muchos estudios han comparado diagnósticos y puntuaciones obtenidos con la SCID con los provenientes de otras entrevistas de diagnóstico, diagnósticos clínicos o las puntuaciones de inventarios de informe personal.

¿Por qué es así? L. N. Robins (1985) ha señalado varias dificultades asociadas con la validación de una entrevista de diagnóstico estructurada. No se dispone de pruebas de laboratorio que validen los diagnósticos de trastorno mental. Por consiguiente, no hay un "estándar de oro" para usarlo como comparación. Además, las entrevistas de diagnóstico estructuradas se elaboraron al menos en parte debido a una insatisfacción con los inventarios de informe personal. Por



TABLA 6-6 Tipos comunes de validez que se evalúan para valorar entrevistas

Tipo de validez	*Definición*
Validez de contenido	Grado en que los reactivos de la entrevista miden de manera adecuada los diversos aspectos de la variable o constructo.
Validez predictiva	Grado en que las puntuaciones de la entrevista pueden predecir (correlacionarse con) comportamiento o puntuaciones de pruebas que son observadas o se obtienen en algún punto en el futuro.
Validez concurrente	Grado en que las puntuaciones de la entrevista se correlacionan con un conjunto relacionado, pero independiente, de puntuaciones de prueba, entrevista o comportamientos.
Validez de constructo	Grado en que las puntuaciones de la entrevista se correlacionan con otras medidas o comportamientos en una forma lógica y teóricamente consistente. Esto supone la demostración de una validez *convergente* y una validez *discriminativa*.

Nota: la validez predictiva y la validez concurrente son subtipos de la validez relacionada con el criterio.

consiguiente, no parece apropiado ni deseable utilizar un inventario de autorreporte como un "estándar de oro". Cualquier falta de acuerdo entre una entrevista de diagnóstico estructurada y un inventario de autorreporte puede ser más una acusación contra la validez del inventario de autorreporte que contra la validez de la entrevista de diagnóstico estructurada. Existe el mismo problema con el uso de una "impresión clínica" (basada en una entrevista clínica no estructurada) como comparación. Algunos investigadores han usado un diseño test-retest para abordar la cuestión de la validez; sin embargo, esto habla más de la estabilidad o confiabilidad de las puntuaciones de la entrevista que de la validez de la medida. Por supuesto, esperaríamos que una medida válida también fuera confiable. Pero el diseño test-retest no aborda en forma directa la cuestión de la validez.

Estos puntos están bien establecidos. Debemos darnos cuenta de que no existe alguna medida de criterio infalible con propósitos de comparación. En estas situaciones, realizamos estudios de validez múltiple utilizando una variedad de medidas de criterio. La confianza en la validez de nuestra entrevista estructurada se incrementará como una función del número de veces que encontremos que las puntuaciones en nuestra medida se asocian altamente con puntuaciones de medidas alternativas de los mismos constructos u otros parecidos y no se relacionan de manera significativa con puntuaciones de medidas de constructos que, desde el punto de vista teórico, no deberían vincularse con el diagnóstico en cuestión.

Sugerencias para mejorar la confiabilidad y la validez

Las siguientes sugerencias resumen algo de la exposición anterior; ayudarán a mejorar tanto la confiabilidad como la validez de las entrevistas.

1. *Siempre que sea posible, use una entrevista estructurada.* Existe una amplia variedad de entrevistas estructuradas para llevar a cabo entrevistas de admisión, recabar historias clínicas, realizar exámenes de estado mental, atención durante la crisis y diagnóstico.
2. *Si no existe una entrevista estructurada para su propósito, considere elaborar una.* Genere un conjunto estándar de preguntas, elabore un conjunto de lineamientos para calificar las respuestas del paciente, administre esta entrevista a una muestra representativa de sujetos y use la retroalimentación de los sujetos y entrevistadores para modificar la entrevista. Completar este proceso

le ayudará cuando menos a entender mejor lo que intenta evaluar y le ayudará a convertirse en mejor entrevistador.

3. Ya sea que use una entrevista estructurada o no, *ciertas habilidades de entrevista son esenciales:* establecer empatía, ser un comunicador efectivo, ser un buen oyente, saber cuándo y cómo hacer preguntas adicionales y ser un buen observador del comportamiento no verbal.
4. *Percatarse de los motivos y expectativas del paciente respecto de la entrevista.* Por ejemplo, ¿cuán fuertes son sus necesidades de aprobación o de conveniencia social?
5. *Estar al tanto de sus propias expectativas, prejuicios y valores culturales.* De manera periódica, conviene que alguien más evalúe la confiabilidad de las entrevistas que administra y califica.

Arte y ciencia de la entrevista

Convertirse en un entrevistador hábil requiere práctica. Sin la oportunidad de realizar entrevistas reales, cometer errores o discutir técnicas y estrategias con entrevistadores más experimentados, un conocimiento simple de las investigaciones científicas de la entrevista no conferirá mayor habilidad. Entonces, ¿cuáles son las funciones de la investigación en la entrevista? Una importante es que los clínicos sean más humildes respecto de sus "habilidades intuitivas". La investigación sugiere, por ejemplo, que las expectativas anteriores pueden colorear las observaciones del entrevistador, que las teorías de la personalidad y la psicopatología implícitas pueden influir en el punto focal de una entrevista y que la correspondencia o falta de ésta entre entrevistador y entrevistado en función de raza, edad y género pueden influir en el curso y resultado de la entrevista. Por tanto, se han identificado varias influencias en el proceso de entrevista.

Además, si nunca probamos nuestras hipótesis, si nunca evaluamos la validez de nuestros diagnósticos, si nunca comprobamos nuestra confiabilidad con la de alguien más o si nunca medimos la eficacia de una táctica de entrevista específica, podemos desarrollar con facilidad una seguridad mal colocada que a final de cuentas perjudicará a nuestros pacientes. Puede ser verdad, como afirman algunos clínicos, que diez estudios –todos con la pretensión de mostrar que una expresión como "mm-ajá" no es más efectiva que un asentimiento con la cabeza para expresar el interés del entrevistador– no refuten que en una interacción clínica específica o única puede, de hecho, haber diferencia. Pero estos estudios y muchos otros similares nos hacen vacilar y nos alientan a cuestionar nuestras suposiciones.

Aunque ningún estudio individual de entrevistas ofrecerá una solución inequívoca a un problema de entrevista, estos estudios tienen un efecto acumulativo. La investigación puede ofrecer sugerencias acerca del mejoramiento de la validez en nuestras observaciones y tácticas, hacer añicos algunas ilusiones trilladas y rajará algunas frases gastadas. Por el puro peso acumulativo de su enfoque científico controlado, la investigación puede hacer más sensibles y efectivos a los entrevistadores. Un clínico que esté empapado tanto en el arte como en la ciencia de la entrevista será más efectivo (aunque difícilmente más confortable) que uno que esté consciente de uno solo de estos dos aspectos de la entrevista.

Resumen del capítulo

La evaluación clínica comprende una valoración de las virtudes y defectos de un individuo, la conceptualización del problema que se tiene a la mano y alguna prescripción para aliviarlo. La entrevista es la técnica de evaluación más básica y práctica utilizada por los psicólogos clínicos.

Hay dos factores distintivos primarios entre las entrevistas. Primero, éstas difieren con respecto a su propósito. En este capítulo, hemos comentado las entrevistas de admisión, para historia clínica, de examen de estado mental, durante la crisis y la diagnóstica. Una segunda característica distintiva se refiere a si la entrevista no es estructurada (a menudo llamada entrevista clínica) o si es estructurada. En contraste con las no estructuradas, las entrevistas estructuradas requieren que el clínico plantee, palabra por palabra, un conjunto de preguntas estandarizadas en una secuencia en particular.

Sin importar el tipo de entrevista o su propósito, se requieren ciertas habilidades, incluyendo

empatía, habilidades para una buena comunicación, preguntas de seguimiento apropiadas y buenas habilidades de observación. Como con cualquier forma de evaluación psicológica, es importante valorar la confiabilidad y validez de las puntuaciones de entrevista. Por último, hemos hecho varias sugerencias para mejorar la confiabilidad y validez de las puntuaciones de entrevista.

Términos clave

coeficiente kappa Índice estadístico de confiabilidad interjueces que se calcula para determinar con cuánta confiabilidad juzgan los expertos la presencia o ausencia de una característica o diagnóstico.

confiabilidad interjueces Nivel de acuerdo entre al menos dos jueces que han evaluado al mismo paciente en forma independiente. El acuerdo puede referirse a un consenso sobre los síntomas asignados, los diagnósticos asignados, etcétera.

confiabilidad test-retest La consistencia de las puntuaciones de la entrevista a lo largo del tiempo. Por lo general, esperamos que los individuos reciban diagnósticos similares de una aplicación a la siguiente si el intervalo entre aplicaciones es corto.

empatía Una palabra usada a menudo para caracterizar la relación entre el paciente y el clínico. En el contexto de la entrevista clínica, formar una buena empatía significa establecer una atmósfera confortable y compartir una comprensión del propósito de la entrevista.

entrevista computarizada El uso de computadoras para realizar entrevistas clínicas.

entrevista de admisión Entrevista realizada con los propósitos de 1) determinar por qué el paciente ha acudido a una dependencia (por ejemplo, clínica u hospital), 2) determinar si la dependencia puede satisfacer las necesidades y expectativas del paciente, y 3) informar al paciente sobre las políticas y procedimientos de la dependencia.

entrevista de diagnóstico Entrevista realizada con el propósito de llegar a una formulación diagnóstica de acuerdo con el DSM-IV.

entrevista de diagnóstico estructurada Entrevista de diagnóstico que consiste en un conjunto de preguntas estándar que se plantean en una secuencia específica. Las preguntas pueden codificarse según los criterios de diagnóstico de diversos trastornos.

entrevista de evaluación Una de las técnicas básicas que emplea el psicólogo clínico con el propósito de responder a un motivo de consulta o referencia. Si se aplica con habilidad, la entrevista de evaluación puede proporcionar conocimientos sobre el problema e informar para la toma de decisiones clínicas.

entrevista de examen de estado mental Entrevista para evaluar al paciente en busca de la presencia de problemas cognoscitivos, emocionales o conductuales. En ella, el clínico evalúa al paciente en diversas áreas, incluyendo (sin limitarse a ellas) la presentación general, calidad del habla, contenido del pensamiento, memoria y juicio.

entrevista durante la crisis Una entrevista realizada con los propósitos de 1) solucionar problemas a través de la crisis que se enfrenta, y 2) alentar al individuo para que entre en una relación terapéutica en la dependencia o en otra parte, de modo que pueda trabajarse en una solución a largo plazo.

entrevista no estructurada Entrevista en la que el clínico hace cualesquiera preguntas que le vengan a la mente en cualquier orden.

entrevista para historia clínica Una entrevista realizada con el propósito de comprender a fondo los antecedentes del paciente y del contexto histórico y de desarrollo en que surgió un problema.

evaluación clínica Un enfoque de la evaluación que supone la valoración de las fortalezas y debilidades de un individuo, la conceptualización del problema que se tiene a la mano y la generación de recomendaciones para aliviarlo.

motivo de la consulta Asunto planteado sobre el paciente por la fuente de referencia (por ejemplo, ¿por qué un niño en particular obtiene malas calificaciones?).

validez concurrente Una forma de validez relacionada con el criterio. El grado en que las puntuaciones de una entrevista se correlacionan con puntuaciones en otras medidas pertinentes administradas al mismo tiempo.

validez de contenido Grado en que los reactivos de la entrevista miden de manera adecuada todos los aspectos del constructo que se está midiendo.

validez de constructo Grado en que las puntuaciones de entrevista se correlacionan con otras medidas o

comportamientos en una forma lógica y teóricamente consistente. A fin de tener validez de constructo, una entrevista debe demostrar todos los aspectos de la validez.

validez discriminativa Grado en que las puntuaciones de la entrevista no se correlacionan con medidas que no se vinculan desde el punto de vista teórico con el constructo que se está midiendo.

validez predictiva Forma de validez relacionada con el criterio. Grado en que las puntuaciones de la entrevista se correlacionan con puntuaciones en otras medidas relevantes administradas en algún momento en el futuro.

validez relacionada con el criterio Grado en que las puntuaciones de la entrevista predicen (se correlacionan con) las puntuaciones en otras medidas relevantes.

CAPÍTULO SIETE

Evaluación de la inteligencia

PREGUNTAS PRINCIPALES

1. ¿Qué es la inteligencia y cuáles son algunos de los problemas que enfrentamos al medir este constructo?
2. ¿Cuál es la relación entre inteligencia y éxito escolar, así como entre inteligencia y situación y éxito ocupacional?
3. ¿Qué sugieren los estudios respecto a la influencia genética frente a la ambiental en la inteligencia?
4. ¿En qué se parecen la escala Stanford-Binet Cuarta Edición (SB-4) y las escalas Wechsler (WAIS-III, WISC-III)? ¿En qué se diferencian?
5. ¿Cómo se usan las pruebas de inteligencia en una situación clínica? ¿Cuáles son algunas de las limitaciones respecto a su uso en estas situaciones?

RESEÑA DEL CAPÍTULO

La historia de la psicología clínica está vinculada en forma inextricable a la evaluación de la inteligencia. Sin el éxito en esta empresa de evaluación y otras relacionadas, podría ser que no hubiera un campo de psicología clínica. Sin embargo, conforme pasaban los años, los clínicos se interesaron cada vez más en los aspectos más "glamorosos" de la profesión, como la terapia. La evaluación comenzó a ocupar el asiento trasero y los técnicos comenzaron a convertirse en evaluadores, como lo habían sido antes de la Segunda Guerra Mundial (Tyler, 1976). Sin embargo, como se señaló en el capítulo anterior, todo esto comienza a cambiar. No sólo se está redescubriendo el valor de la evaluación, sino que las pruebas de inteligencia en particular siguen en un lugar prominente en el arsenal de dispositivos de evaluación del clínico (Watkins, Campbell, Nieberding y Hallmark, 1995).

En este capítulo proporcionamos algunos antecedentes de las controversias sobre evaluación intelectual, presentamos definiciones y teorías importantes de la inteligencia y, por último, exponemos la interpretación apropiada de las puntuaciones de las pruebas de inteligencia.

FIGURA 7-1 Alfred Binet elaboró la primera prueba de inteligencia de amplia aceptación. La prueba, que con el tiempo se convirtió en la Stanford-Binet, ha pasado por numerosas revisiones a lo largo de los años
The Bettmann Archive. © Bettmann/CORBIS.



Pruebas de inteligencia: ayer y hoy

Dos avances históricos importantes en la última mitad del siglo XIX influyeron en gran medida en la introducción definitiva de medidas de inteligencia (Thorndike, 1997). Primero, la educación obligatoria en Estados Unidos y otros países dio como resultado un cuerpo de estudiantes muy diverso. Muchos provenían de familias "sin educación" o de familias que no hablan el idioma nativo. Como resultado, la tasa de fracasos en las escuelas se disparó en forma dramática. A fin de preservar los recursos, hubo presión para identificar a quienes tenían más probabilidad de lograr el éxito en la escuela. Segundo, los psicólogos científicos creían, y a final de cuentas demostraron, que podían medirse las capacidades mentales. Aunque los primeros intentos se centraron en medidas de agudeza sensorial y tiempo de reacción (por ejemplo, Francis Galton, James McKeen Cattell), se habían colocado los cimientos.

Alfred Binet y su colaborador, Theodore Simon, se convirtieron en líderes del movimiento de las pruebas de inteligencia cuando diseñaron la prueba Binet-Simon para identificar diferencias individuales en el funcionamiento mental (véase el cap. 2). El propósito original de Binet fue elaborar un método objetivo para identificar a quienes en verdad carecían de capacidad académica (en oposición a aquellos con problemas de comportamiento). Como otros de la época, Binet y Simon consideraban la inteligencia como una "facultad" heredada, aunque también hablaban de que era afectada por el entrenamiento y la oportunidad. Con el interés en la cuantificación del rendimiento intelectual y con el crecimiento continuo de la educación obligatoria en Europa y América del Norte, las pruebas de inteligencia se atrincheraron con firmeza (Thorndike, 1997).

Por su naturaleza, instituciones como escuelas, industrias, fuerzas militares y gobiernos se interesaron en las diferencias individuales (como los

niveles de inteligencia) que podrían afectar el rendimiento en esos escenarios; por consiguiente, prosperaron las pruebas de inteligencia (Herrnstein y Murray, 1994). Durante muchos años, la importancia crítica y el uso extendido de dichas pruebas permaneció incontrovertido en gran medida. Sin embargo, para finales de los años sesenta, todos, desde los psicólogos hasta Ralph Nader, parecían atacar la validez de estas pruebas. En esencia, el argumento era que dichas pruebas discriminan a través de la inclusión de reactivos injustos.

Como resultado de una prolongada demanda de derechos civiles (*Larry P.* v. *Wilson Riles*) que comenzó en 1971, el Consejo de Educación del Estado de California impuso en 1975 una moratoria en el uso de pruebas de inteligencia para evaluar discapacidades en afroamericanos. El tribunal sostuvo que la prueba del CI es perjudicial para los niños afroamericanos y tiende a colocarlos, sin justificación real, en programas supuestamente estigmatizadores para individuos con deterioros cognoscitivos. Sin embargo, otros (por ejemplo, N. Lambert, 1981) han disputado el juicio del tribunal. Algunos afroamericanos apoyaron la impugnación del fallo del tribunal, afirmando que suponía que los afroamericanos saldrían mal en las pruebas. Otros más afirmaron que las pruebas de CI no son un mal social, sino el medio principal por el que podemos corregir los males impuestos en las minorías por un ambiente devastador (Hebb, 1978).

El popular libro de Stephen Gould (1981), *The Mismeasure of Man*, fue una crítica vituperante del movimiento de pruebas de inteligencia y de la "materialización" de la noción de inteligencia. En esencia, Gould afirmaba que teóricos como Spearman (véase más adelante) concedieron en forma errónea a la inteligencia general, o *g*, la posición de una entidad verdadera debido a su poca comprensión de las técnicas de análisis factorial. Además, Gould sostuvo que aquellos que afirmaban la heredabilidad de la inteligencia en algunos casos se equivocaban y en otros casos eran culpables de fraude. El libro de Gould fue un éxito enorme y además intensificó el ataque a las pruebas de inteligencia.

Este debate bastante acalorado ha resurgido recientemente con la publicación de *The Bell Curve* (Herrnstein y Murray, 1994). En este libro, Herrnstein y Murray revisan el concepto de inteligencia, hacen el recuento de la historia de las pruebas de inteligencia, responden a muchas de las críticas ofrecidas por Gould (1981) y ahondan en cuestiones de políticas públicas como la pobreza, el crimen, el bienestar y la acción afirmativa. En el recuadro 7-1 se presentan en forma breve algunos de los aspectos más controvertidos de este libro. Cualquiera que sea el resultado de la polémica, ilustra que la evaluación intelectual no es una actividad académica oscura; está justo en medio de las cuestiones de política social y pública contemporánea.

Existen pocas dudas de que las pruebas de inteligencia se hayan usado mal en ocasiones en formas que han penalizado a las minorías. También hay poca duda de que algunas pruebas han contenido ciertos reactivos que han afectado el rendimiento de algunas minorías. Por consiguiente, deberíamos hacer todo lo posible para elaborar mejores pruebas y para administrarlas e interpretarlas en una forma sensible. Sin embargo, prohibirlas parece una cura inapropiada que a final de cuentas puede lastimar a las mismas personas que necesitan ayuda.

Concepto de inteligencia

Todavía no se resuelven dos problemas que han atormentado a los psicólogos desde el principio. Primero, ¿exactamente qué se quiere decir con el término *inteligencia*? Segundo, ¿cómo elaboramos instrumentos válidos para medirla? En esta sección abordaremos ambas cuestiones. Pero primero necesitamos revisar los conceptos psicométricos de confiabilidad y validez.

Confiabilidad y validez

Como se comentó en el capítulo anterior, todas las entrevistas y pruebas deben demostrar confiabilidad y validez para ser útiles. Las tablas 7-1 y 7-2 presentan definiciones breves de las formas más comunes de confiabilidad y validez que se utilizan para evaluar pruebas psicológicas.

Confiabilidad. Respecto a las pruebas psicológicas, la confiabilidad se refiere a la consistencia con que los individuos responden a los estímulos de la prueba. Existen varias formas de evaluar la confiabilidad. La primera es la *confiabilidad test-retest*, que indica el

RECUADRO 7-1

Tema controvertido *La curva de campana*

Quizá ningún otro libro en tiempos recientes ha generado tanta controversia como *The Bell Curve,* de Herrnstein y Murray (1994). En forma breve, Herrnstein y Murray afirman que, a lo largo de los pasados 30 años, Estados Unidos se ha dividido cada vez más con base en la capacidad cognoscitiva o intelectual de sus ciudadanos. Lo que ha surgido es una clase denominada "elite cognoscitiva", que se ha concentrado principalmente en un pequeño grupo de ocupaciones (como doctores, abogados, profesores) que en esencia pasan por el tamiz de un CI alto. Aunque la inteligencia es un producto de factores genéticos y ambientales, el intento estadounidense por "igualar" el ambiente para todos (es decir, dar a todos las mismas oportunidades de tener éxito) de manera irónica conduce a una situación en que los genes que heredamos son la fuente primaria de diferencias individuales. En cierto sentido, sostienen Herrnstein y Murray, esto sólo servirá para ampliar la brecha entre los ricos y los pobres en las generaciones futuras. Los autores también presentan evidencia que apoya su posición de que la capacidad cognoscitiva o inteligencia es el pronosticador más importante de resultados como estabilidad financiera, éxito en la universidad, dependencia de la beneficencia, procreación de hijos "ilegítimos" y comportamiento criminal. También revisan los datos sobre diferencias étnicas y raciales en el CI, y afirman que los esfuerzos por elevar las puntuaciones de CI por medio de programas educativos o programas como Head Start no han producido efectos positivos a largo plazo. Por último, Herrnstein y Murray proporcionan diversas prescripciones para remediar la disparidad actual, incluyendo revisar las políticas de acción afirmativa para la educación y el lugar de trabajo, al igual que regresar el poder de toma de decisiones a los cuerpos de gobierno locales.

La mayor parte de la reacción negativa a este libro parece basarse en un desacuerdo con las prescripciones de los autores para una política social y, a veces, parece tomar la forma de argumentos *ad hominem.* Además, algunos críticos están en desacuerdo con la metodología, análisis e interpretación de algunos de los estudios empíricos citados y expuestos en el libro. Por otra parte, un grupo de expertos en el campo de la inteligencia publicó un artículo breve en el *Wall Street Journal* (Arvey y cols., 1994) que bosquejaba las conclusiones de la "corriente principal" entre los investigadores de la inteligencia. Muchos de los puntos planteados en *The Bell Curve* son consistentes con estas conclusiones. Sin embargo, los expertos no llegaron a prescribir políticas sociales con base en estas conclusiones.

---

grado en que un sujeto da respuestas similares ante los mismos estímulos de prueba en ocasiones repetidas. Si cada vez que examinamos a una persona obtenemos respuestas diferentes, puede ser que los datos de la prueba no sean muy útiles. En algunos casos, los individuos pueden recordar en la segunda ocasión sus respuestas de la primera vez o pueden desarrollar una especie de "sabiduría de la prueba" de la primera evaluación que influye en sus puntuaciones la segunda vez. En otros casos más, los sujetos pueden ensayar entre las ocasiones de prueba o mostrar efectos de la práctica. Por todas estas razones, en ocasiones se usa otro calibrador de la confiabilidad, la *confiabilidad de formas equivalentes.* Aquí, se elaboran formas equivalentes o paralelas de una prueba para evitar los problemas precedentes.

En ocasiones es demasiado costoso (en tiempo o dinero) elaborar una forma equivalente, o es difícil o imposible estar seguros de que las formas en realidad son equivalentes. En tales circunstancias, o cuando no es práctica la repetición de la prueba, la evaluación de la *confiabilidad de división por mitades* es una posibilidad. Esto significa que una prueba se divide en dos mitades (por lo general reactivos de números nones frente a reactivos de números pares) y se comparan las puntuaciones de los participantes

TABLA 7-1 Tipos comunes de confiabilidad que se evalúan para valorar pruebas psicológicas

Tipo de confiabilidad	*Definición*	*Índice estadístico*
Confiabilidad test-retest	Índice de la consistencia de las puntuaciones de la prueba a lo largo de algún periodo	*r* de Pearson Correlación intraclase
Confiabilidad de formas equivalentes	Índice de la consistencia de las puntuaciones de prueba a lo largo del tiempo; no es vulnerable a un "efecto de la práctica" (no repite la misma prueba)	*r* de Pearson
Confiabilidad de división por mitades	Indice de la consistencia interna de la prueba (¿los reactivos parecen medir la misma variable o constructo?)	*r* de Pearson
Confiabilidad de la consistencia interna	Índice preferido de consistencia interna; en él se calcula el promedio de todas las correlaciones de división por mitades posibles	alfa de Cronbach Kuder-Richardson-20
Confiabilidad entre estimadores o entre jueces	Índice del grado de acuerdo entre dos o más estimadores o jueces en cuanto al nivel de un rasgo que está presente o la presencia o ausencia de una característica o diagnóstico	*r* de Pearson Correlación intraclase Kappa

TABLA 7-2 Tipos comunes de validez que se evalúan para valorar pruebas psicológicas

Tipo de validez	*Definición*
Validez de contenido	Grado en que los reactivos de la prueba miden en forma adecuada los diversos aspectos de la variable o constructo.
Validez predictiva	Grado en que las puntuaciones de la prueba pueden predecir (correlacionarse con) el comportamiento o puntuaciones de prueba que se observan u obtienen posteriormente.
Validez concurrente	Grado en que las puntuaciones de la prueba se correlacionan con un conjunto de puntuaciones de prueba o comportamientos relacionados, pero independientes.
Validez del constructo	Grado en que las puntuaciones de la prueba se correlacionan con otras medidas o comportamientos en una forma lógica y teóricamente consistente. Esto entraña una demostración de validez convergente y discriminativa.

Nota: la validez predictiva y concurrente son subtipos de la validez relacionada con el criterio.

en las dos mitades. La confiabilidad de división por mitades también sirve como un índice posible de la *consistencia interna* de una prueba: ¿los reactivos de una prueba parecen medir lo mismo?; es decir, ¿se correlacionan en forma elevada? El método preferido para evaluar la confiabilidad de la consistencia interna es calcular el promedio de todas las correlaciones de división por mitad posibles para una prueba determinada (*alfa* de Cronbach).

Otro aspecto de la confiabilidad, la *confiabilidad entre estimadores* o *entre jueces*, se comentó en el capítulo anterior en el contexto de la evaluación con entrevistas. La meta aquí es demostrar que observadores independientes pueden concordar acerca de

sus estimaciones o juicios de algún aspecto particular del comportamiento de la persona.

Sin importar la clase particular de confiabilidad en cuestión, la meta es demostrar consistencia en los datos. Una prueba debe ser capaz de proporcionar evidencia de que las puntuaciones que produce son consistentes a lo largo del tiempo y de los examinadores o que son confiables de alguna otra manera (como en la confiabilidad de división por mitades o de formas equivalentes). Sin confiabilidad, consistencia o estabilidad de la medición, una prueba no puede ser válida. No obstante, aun cuando una prueba muestre confiabilidad, esto no significa una validez automática. Por ejemplo, una prueba que comprende la capacidad de discriminar entre pesos puede producir puntuaciones muy confiables a lo largo del tiempo, pero no son una medida válida de la inteligencia.

Validez. En general, *validez* se refiere al grado en que una técnica de evaluación mide lo que se supone que mide. Como la confiabilidad, existen varias formas de validez. La *validez de contenido* indica el grado en que un grupo de reactivos de prueba en realidad cubre los diversos aspectos de la variable en estudio. Por ejemplo, una prueba que pretende medir la adaptación general pero que contiene sólo reactivos que tratan de la adaptación al trabajo, no tendría validez de contenido debido a que no incluye reactivos que traten de la adaptación en el hogar, con los amigos y en otros contextos. La *validez predictiva* se demuestra cuando las puntuaciones de prueba predicen con precisión algún comportamiento o suceso en el futuro. Una prueba diseñada para predecir el éxito escolar es válida si las puntuaciones de hoy reflejan el comportamiento de logro escolar de los niños en dos años a partir de entonces. La *validez concurrente* supone relacionar las puntuaciones de prueba de hoy con un criterio concurrente (como los juicios de éxito escolar de los maestros). Por último, la *validez de constructo* se muestra cuando las puntuaciones de prueba se relacionan con otras medidas o comportamientos de un modo lógico y teóricamente esperado. Por ejemplo, suponga que tenemos una prueba para enajenación. Dada la naturaleza de la enajenación, podría esperarse que una prueba válida de ella se correlacionara con una falta de vigor o incluso con depresión. Si nuestra prueba hace esto, se incrementa nuestra confianza en su validez de constructo.

Definiciones de inteligencia

Antes de tratar de manera específica con la inteligencia, debemos distinguir entre *capacidad, aptitud* y *logro*. Como lo explica Sundberg (1977), "Capacidad es el poder disponible en la actualidad para realizar algo y aptitud es el potencial para realizarlo después de un entrenamiento. Ambos conceptos tienen semejanzas con el logro, el cual es una medida de la ejecución exitosa en el pasado" (p. 228). Puede haber una superposición conceptual considerable entre logro e inteligencia según se miden en las pruebas de inteligencia. En cierto sentido, las pruebas de inteligencia son pruebas de logro, debido a que miden lo que uno ha aprendido (Anastasi, 1988). La forma en que se utilizan las pruebas o el modo en que se hacen las inferencias a partir de ellas determina si exploran el logro o la inteligencia.

No hay una definición aceptada universalmente de inteligencia. Sin embargo, a lo largo de los años, la mayor parte ha caído en una de tres clases:

1. Definiciones que enfatizan el ajuste o la adaptación al ambiente; adaptabilidad a situaciones nuevas, la capacidad para enfrentar un abanico de situaciones.
2. Definiciones que se centran en la capacidad para aprender, en la educabilidad en el sentido más amplio del término.
3. Definiciones que hacen hincapié en el pensamiento abstracto; la capacidad para usar una amplia gama de símbolos y conceptos, la capacidad para usar símbolos verbales y numéricos.

Para ilustrar un poco la antigua diversidad de las definiciones, considere los siguientes ejemplos:

> [Inteligencia es] el agregado o capacidad global del individuo para actuar con determinación, para pensar en forma racional y para enfrentar en forma efectiva su [sic] ambiente. (Wechsler, 1939, p. 3)

> Como un concepto, la inteligencia se refiere a la clase entera de comportamientos cognoscitivos que reflejan la capacidad de un individuo para solucionar problemas con perspicacia, para adaptarse [sic] a situaciones

> nuevas, para pensar en forma abstracta y para beneficiarse de su experiencia. (Robinson y Robinson, 1965, p. 15)

> La inteligencia se expresa en función del comportamiento adaptativo y dirigido a una meta. El subconjunto de este comportamiento —que se denomina "inteligente"— parece estar determinado en gran parte por normas culturales o sociales. (Sternberg y Salter, 1982, p. 24)

> La inteligencia es una capacidad mental muy general que, entre otras cosas, implica la capacidad de razonar, planear, solucionar problemas, pensar en forma abstracta, comprender ideas complejas, aprender rápido y aprender de la experiencia. No es tan sólo aprendizaje a partir de los libros, una habilidad académica estrecha o ingenio para contestar pruebas. Más bien, refleja una capacidad más amplia y profunda para comprender nuestros alrededores, "darse cuenta", "dar sentido" a las cosas o "figurarse" qué hacer. (Arvey y cols., 1994)

Las anteriores clases de definiciones de inteligencia y definiciones específicas no son mutuamente excluyentes. Además, varias de ellas contienen distintas alusiones a valores sociales y elementos motivacionales. Fuera de esto, muchas definiciones de inteligencia son tan amplias o generales que casi resultan inútiles. En muchas formas, hay una uniformidad general en las pruebas de inteligencia que contradice sus orígenes en definiciones diversas. Por tanto, uno comienza a preguntarse si las definiciones marcan mucha diferencia o si la elaboración de pruebas de CI es tan sólo una empresa pragmática ateórica en que generamos reactivos que esperamos que se correlacionen con algún criterio externo (como las calificaciones escolares).

Para algunos, la respuesta a esta ambigüedad se encuentra en las definiciones "prototipo". Como lo ha planteado Neisser (1979):

> Nuestra seguridad de que una persona merece ser llamada "inteligente" depende de la semejanza general de dicha persona con un prototipo imaginado, del mismo modo que nuestra seguridad de que algún objeto debe llamarse "silla" depende de su semejanza con sillas prototípicas. No hay criterios definitivos de inteligencia, del mismo modo en que no hay ninguno para el de silla; es un concepto de límites difusos para el que son pertinentes muchas características. Dos personas pueden ser bastante inteligentes y aun así tener muy pocos rasgos en común; se parecen al prototipo a lo largo de diferentes dimensiones. Por tanto, no hay un criterio único para silla; el parecido es un hecho externo y no una esencia interna. Puede no haber una definición de inteligencia basada en el proceso, debido a que no es una cualidad unitaria. Es un parecido entre dos individuos, uno real y el otro prototípico. (p. 185)

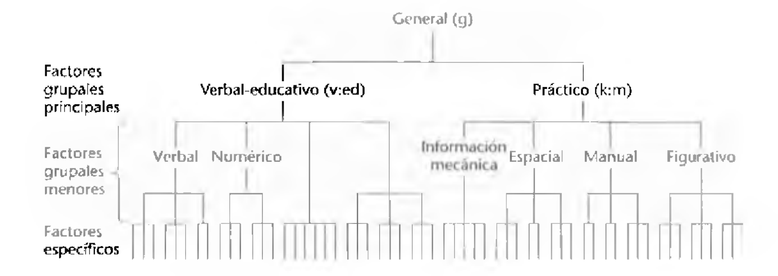
Teorías de la inteligencia

Ha habido muchos enfoques teóricos para la comprensión de la inteligencia. Éstos incluyen teorías psicométricas, teorías del desarrollo, teorías neuropsicológicas y teorías del procesamiento de la información (Kamphaus, 1993; Neisser y cols., 1996). A lo largo de los años no ha habido escasez de teorías ni de controversias (Neisser y cols., 1996; Weinberg, 1989). Aquí sólo presentamos un panorama breve de varias de las teorías principales.

Enfoques del análisis factorial. Spearman (1927), el padre del análisis factorial, planteó la existencia de un factor *g* (inteligencia general) y factores *s* (inteligencia específica). Los elementos que tienen en común las pruebas se representan con *g*, mientras que los elementos únicos de una prueba determinada son factores *s*. En esencia, el mensaje de Spearman, apoyado por evidencia analítica factorial, era que la inteligencia es una entidad generalizada y amplia.

Varios estuvieron en desacuerdo con las afirmaciones de Spearman, incluyendo a E. L. Thorndike y a L. L. Thurstone. Por ejemplo, Thurstone (1938) presentó evidencia (basada en un análisis factorial de 57 pruebas separadas que se habían administrado a 240 participantes) para una serie de factores "grupales" en lugar del todopoderoso factor *g*. A final de cuentas, Thurstone describió siete factores grupales, a los cuales denominó numérico, fluidez verbal, significado verbal, velocidad de percepción, espacial, razonamiento y memoria (*Capacidades mentales primarias* de Thurstone). Por desgracia, Spearman y Thurstone empleaban métodos diferentes de extracción de factores (componentes

FIGURA 7-2 Modelo de una organización jerárquica de capacidades
Fuente: adaptado de *The Structure of Human Abilities*, ed. rev., por P. E. Vernon, p. 22. Derechos reservados © 1960 por Methuen & Co., Ltd. Reimpreso con autorización.



principales frente a factores principales) y rotación, lo cual a menudo da como resultado soluciones diferentes aun cuando se apliquen al mismo conjunto de datos (Gould, 1981). Además, ambos hombres parecen ser culpables de materializar el o los factores "descubiertos" por sus respectivos análisis. El resultado fue un debate en ocasiones cáustico entre Spearman, Thurstone y sus respectivos seguidores.

Teoría de Cattell. El trabajo de R. B. Cattell (1987) enfatiza el carácter central de *g*. Al mismo tiempo, Cattell ha ofrecido una lista tentativa de 17 conceptos primarios de capacidad. Ha descrito dos factores de segundo orden importantes que parecen representar una división de la *g* de Spearman en dos componentes: *capacidad fluida* (capacidad intelectual con base genética de la persona) y *capacidad cristalizada* (las capacidades, exploradas por la prueba de inteligencia estandarizada usual, que pueden atribuirse al aprendizaje con base cultural). En esencia, el enfoque de Cattell podría describirse como un modelo jerárquico de la inteligencia. En la figura 7-2 se esquematiza un ejemplo de esta clase de modelo.

Teoría de Guilford. Las opiniones de Guilford (1967) eran bastante diferentes de las de Cattell, Spearman, Thurstone y la mayoría de los otros psicometristas. Guilford propuso un *modelo de estructura del intelecto (EDI)* y luego utilizó una variedad de técnicas estadísticas y de análisis factorial para probarlo. Mientras otros enfoques psicométricos intentaban por lo general inferir un modelo a partir de los datos, Guilford usó el modelo como una guía en la generación de datos.

Guilford razonó que los componentes de la inteligencia podían organizarse en tres dimensiones: operaciones, contenidos y productos. Las operaciones son cognición, memoria, producción divergente (elaboración de alternativas lógicas), producción convergente (elaboración de argumentos lógicos concisos) y evaluación. La dimensión de contenido abarca las áreas de información en que se realizan las operaciones: figurativa, simbólica, semántica y conductual. Por último, cuando una operación mental particular se aplica a un tipo específico de contenido, hay seis productos posibles: unidades, clases, sistemas, relaciones, transformaciones e implicaciones. Si contemplamos todas las combinaciones posibles, llegamos a 120 capacidades intelectuales separadas. Quizá la reserva más difundida acerca del enfoque de Guilford es que es una taxonomía o clasificación más que una teoría.

Avances recientes. De manera tradicional, se han construido pruebas de inteligencia para evaluar lo que sabemos o podemos hacer. Sin embargo, enfoques recientes han comenzado a adoptar una postura muy cognoscitiva o de procesamiento de la información. Por ejemplo, algunos investigadores tratan de describir momento a momento los intentos de una persona para solucionar un problema,

desde el instante en que se registra un estímulo hasta su respuesta verbal o motora. Es una perspectiva más dinámica de la inteligencia que las teorías antiguas de componentes mentales. Algunos de estos investigadores se han centrado en la velocidad del procesamiento de la información y otros en las estrategias de procesamiento. Se han estudiado diversos niveles de procesamiento, incluyendo velocidad de procesamiento, velocidad para hacer elecciones en respuesta a estímulos y velocidad con que los individuos pueden extraer varios aspectos del lenguaje de su memoria a largo plazo. Pero restan muchos problemas e interrogantes (Gardner, 1983). ¿Hay un mecanismo de procesamiento central para la información? ¿Cómo cambian los elementos del procesamiento conforme se desarrolla la persona? ¿Hay habilidades generales de solución de problemas o tan sólo habilidades específicas para ciertas áreas de capacidad? Tal vez el tiempo lo dirá.

Gardner (1983) ha descrito una teoría de *inteligencias múltiples*. La competencia intelectual humana comprende un conjunto de habilidades de solución de problemas que permiten a la persona resolver problemas o dificultades. En ocasiones esto da como resultado el potencial para adquirir información nueva. Gardner sugiere que hay una familia de seis inteligencias: lingüística, musical, lógico-matemática, espacial, corporal-cinética y personal. Por ejemplo, la personal se refiere tanto al acceso a la forma en que uno siente su propia vida como a la capacidad para notar y hacer distinciones entre otros individuos. Una crítica importante a la teoría de Gardner es que algunas de sus "inteligencias" propuestas pueden conceptualizarse mejor como "talentos" que como formas de inteligencia (Neisser y cols., 1996). No obstante, las opiniones de Gardner han atraído una gran cantidad de atención de psicólogos y educadores por igual.

Para citar otro ejemplo de una teoría de formas múltiples de inteligencia, Sternberg (1985, 1991) ha propuesto una *teoría triádica de la inteligencia*. Sostiene que las personas funcionan con base en tres aspectos de la inteligencia: de componentes, de experiencia y de contexto. Este enfoque resta énfasis a la velocidad y precisión de la ejecución. En lugar de ello, subraya las respuestas de planeación y su supervisión. El aspecto de componentes se refiere al pensamiento analítico; las puntuaciones altas caracterizarían a la persona que es buena para responder pruebas. El aspecto de experiencia se relaciona con el pensamiento creativo y caracteriza a la persona que puede tomar elementos separados de la experiencia y combinarlos con perspicacia. Por último, el aspecto de contexto se ve en la persona que tiene "sabiduría callejera"; una que sabe cómo jugar el juego y puede manipular con éxito el ambiente. Según Sternberg, la ejecución de una persona es regida por estos tres aspectos de la inteligencia. Otros investigadores están interesados en la competencia social como un aspecto de la inteligencia (Sternberg y Wagner, 1986). Sin embargo, es debatible si todo lo anterior puede explicar las diferencias individuales o sólo son una teoría de la cognición.

Aunque puede parecer que Spearman, Thurstone y otros han dado paso a Cattell, Guilford, Gardner o Sternberg, el uso diario de pruebas por parte de los clínicos sugiere que en realidad no han abandonado el factor *g* de Spearman o los factores grupales de Thurstone. La idea entera de una sola puntuación de CI que pueda representar la inteligencia del individuo denota que estamos tratando de descubrir cuánta *g* tiene la persona. Al mismo tiempo, sin embargo, la mayor parte de las pruebas de inteligencia actuales está compuesta por subpruebas, de modo que el CI total representa algún promedio de las puntuaciones de las subpruebas. Esto significa que, al menos en cierta medida, también hemos aceptado los factores grupales de Thurstone. Parece que queremos identificar y cuantificar cuánta inteligencia tiene la persona, pero no podemos escapar a la creencia de que la inteligencia sigue un patrón de alguna manera; que dos individuos pueden tener la misma puntuación de CI general y diferir en capacidades específicas. Por tanto, parecería que los clínicos practicantes piensan más en línea con Spearman o Thurstone y, no obstante, han sido afectados un poco por los avances recientes en el procesamiento de la información.

CI: su significado y correlatos

Cociente de inteligencia (CI)

RCI de razón. Binet consideraba la *edad mental (EM)* como un índice de la ejecución mental. Cada reactivo contestado con éxito en una prueba de Binet significaba un cierto número de créditos en meses. A la conclusión de la prueba, se sumaban los reactivos

bien contestados y surgía la EM. Por tanto, no había nada mágico en la EM; todo lo que significaba era que se había contestado bien X número de reactivos. Después, Stern (1938) desarrolló el concepto de *cociente de inteligencia (CI)* para evitar varios problemas que habían surgido al utilizar la diferencia entre la *edad cronológica (EC)* y la EM para expresar desviación. A primera vista, dos niños, uno con una EM de 4 años y una EC de 5 años y otro con una EM de 14 años y una EC de 15 años, parecerían estar igual de deficientes. Pero esto no es así debido a que el crecimiento intelectual es mucho más rápido en niveles de edad más pequeños. Por consiguiente, aun cuando sólo hay una discrepancia de un año entre la EM y la EC de ambos niños, el más pequeño está más desviado que el mayor. La noción de CI nos permite realizar el siguiente cálculo:

$$CI = EM/EC \times 100$$

Como resultado, encontramos que el joven de 15 años tiene un CI de 93, mientras que el niño de 5 años tiene un CI de 80. Estas puntuaciones diferentes reflejan mejor la realidad del crecimiento intelectual más rápido en edades menores.

Debe señalarse que al medir la inteligencia no podemos estar seguros de que estemos tratando con una medición de intervalos iguales. No podemos estar seguros de que un CI de 50 es el doble de un CI de 25 o que nuestra escala tiene un punto cero absoluto. No podemos sumar y restar cocientes de inteligencia. Todo lo que podemos hacer es afirmar que una persona con un CI de 50 es más brillante que una persona con un CI de 25. Todo esto debería servir para recordarnos que los CI y las EM tan sólo son puntuaciones.

CI de desviación. Aunque al principio fue atractivo, el CI de razón está limitado de manera significativa en su aplicación a grupos de edad mayor. La razón es que una puntuación de edad mental (EM) consistente (aun si es muy elevada) acompañada por una puntuación de edad cronológica (EC) creciente dará como resultado un CI inferior. Por tanto, puede parecer que el CI ha disminuido a lo largo del tiempo cuando, de hecho, se ha mantenido la capacidad intelectual de uno.

Para enfrentar este problema, Wechsler introdujo el concepto de *CI de desviación*. Se hace la suposición de que la inteligencia se distribuye en forma normal a lo largo de la población. Un CI de desviación indica entonces una comparación de la ejecución de un individuo en una prueba de CI con la de sus semejantes de la misma edad. Por tanto, la misma puntuación de CI tiene un significado similar, aun si dos individuos tienen una edad marcadamente diferente (por ejemplo, uno de 22 años de edad frente a uno de 80 años). En ambos casos, un CI de 100 indica un nivel promedio de capacidad intelectual para ese grupo de edad.

Correlatos del CI

La validez de las pruebas de inteligencia depende de cómo definimos la inteligencia. Si estamos buscando alguna entidad global que trasciende el éxito escolar o logros relacionados, es probable que la respuesta sea no. Pero si definimos la inteligencia principalmente como un pronosticador del éxito en la escuela, entonces es probable que la respuesta sea sí.

Ya sea que la definamos en función de *g*, de capacidades separadas o de relaciones jerárquicas entre factores, a final de cuentas la sociedad decide cuáles capacidades serán valoradas, recompensadas y cultivadas. Tal vez por ello todas las pruebas de inteligencia se parecen tanto. Están diseñadas para predecir lo que valora la sociedad. Nuestra sociedad tiende a recompensar la capacidad verbal, el razonamiento, la lectura, la adquisición de información, la capacidad analítica y cosas por el estilo.

Éxito escolar. En general, se ha mostrado que los CI se relacionan en forma considerable con el éxito en la escuela y con las pruebas de rendimiento que miden lo que se ha aprendido (Herrnstein y Murray, 1994; Kamphaus, 1993). La correlación entre las puntuaciones de CI y las calificaciones es de alrededor de .50 (Neisser y cols., 1996). Parece evidente que el éxito en la escuela se vincula con muchas variables, incluyendo motivación, expectativas del maestro, antecedentes culturales, actitudes de los padres y muchas otras. Entonces nos enfrentamos con la difícil tarea clínica de clasificar estas variables. Cuando ocurre el éxito o fracaso en la escuela, ¿se debe a la inteligencia, motivación, antecedentes culturales o qué? Cualquier comportamiento es determinado en forma compleja por muchas variables distintas y no sólo de una simple inteligencia general o específica. Sin embargo, la relación entre las puntuaciones de CI y el rendimiento es tan alta que muchos han sugerido que las prue-

bas de inteligencia podrían interpretarse mejor como un tipo de prueba de rendimiento (Anastasi, 1988; Kaufman, 1990).

Posición y éxito ocupacional. Debido a que la cantidad de educación parecería ser, en general, un fuerte determinante de la clase de trabajo que puede obtener uno, no debería sorprendernos enterarnos que se relacionan el CI y la posición ocupacional. Esto parece ser cierto ya sea que la posición ocupacional se defina en función del ingreso, del prestigio estimado o del prestigio social (Brody y Brody, 1976). También resulta interesante que las puntuaciones de inteligencia parecen ser buenos pronosticadores del desempeño laboral (Hunter y Hunter, 1984; Neisser y cols., 1996); las puntuaciones de CI superan a pronosticadores como datos biográficos, comprobación de referencias, educación y calificaciones universitarias. Sin embargo, una vez que se ha obtenido el ingreso a una profesión, el grado de inteligencia puede no separar a los más eminentes de los menos eminentes (Matarazzo, 1972; Roe, 1953). Al parecer, es necesario algún nivel mínimo de capacidad a fin de lograr el ingreso o un desempeño mínimo en una ocupación determinada (aunque esto puede ser discutible). No obstante, una vez que el individuo obtiene su ingreso, el grado de éxito subsiguiente puede ser más una función de factores no intelectuales.

Diferencias de grupo. Aunque la mayor parte de los estudios encuentra pocas diferencias significativas —si es que hay alguna— entre hombres y mujeres en las puntuaciones generales de CI, se han obtenido diferencias significativas entre los sexos para capacidades específicas (Neisser y cols., 1996). De manera específica, los hombres tienden a obtener puntuaciones significativamente más altas en medidas de capacidad espacial y, después de la pubertad, en medidas de capacidad cuantitativa. Las mujeres tienden a obtener puntuaciones significativamente más altas en medidas de capacidad verbal (Neisser y cols., 1996). Entre los grupos raciales o étnicos, los hispanoamericanos y los afroamericanos tienden a obtener puntuaciones de CI significativamente inferiores que los estadounidenses de origen europeo (Neisser y cols., 1996). Estos hallazgos, aunque consistentes, han sido la fuente de mucha controversia. Neisser y sus colaboradores (1996) señalan que aunque no sepamos qué causa estas diferencias étnicas o raciales, el tamaño de las diferencias está dentro de un rango que podría explicarse por factores ambientales. Se necesita más investigación en esta área para proporcionar conocimientos sobre la naturaleza de estas diferencias étnicas o raciales. Aun a pesar de las diferencias, las puntuaciones de CI siguen siendo buenos pronosticadores del logro escolar y universitario entre los hispanoamericanos y los afroamericanos.

Herencia y estabilidad de las puntuaciones de CI

Heredabilidad de la inteligencia. En contraste con la situación que prevalecía hace 30 o 40 años, ahora casi todos los psicólogos reconocen que la inteligencia es influida, al menos en parte, por factores genéticos (Neisser y cols., 1996). La razón para esta inversión de opiniones es el gran cuerpo de evidencia empírica proporcionado por los estudios de *genética conductual* a lo largo de las varias décadas anteriores (McGue, Bouchard, Iacono y Lykken, 1993). El recuadro 7-2 presenta un panorama breve de los métodos de la genética conductual.

Una revisión crucial realizada por Bouchard y McGue (1981) resume muchos de estos estudios de genética conductual de la inteligencia. La tabla 7-3 presenta algunos de los datos. Como puede verse, la semejanza en inteligencia parece ser una función de la cantidad de material genético compartido (los gemelos monocigóticos son más parecidos en inteligencia que los gemelos dicigóticos o los hermanos). Es notable que este patrón también se dé en parientes biológicos criados aparte. McGue, Bouchard, Iacono y Lykken (1993) concluyen:

> Cuando se toman en conjunto, los estudios del CI en gemelos, familiares y sujetos en adopción proporcionan una demostración de la existencia de influencias genéticas en el CI tan buenas como las que pueden lograrse en las ciencias conductuales con métodos no experimentales. Sin plantear la existencia de influencias genéticas, simplemente no es posible dar una explicación creíble para la gran semejanza del CI entre gemelos monocigóticos que entre gemelos dicigóticos del mismo sexo, las correlaciones significativas del CI entre parientes biológicos aun cuando sean criados aparte y la fuerte asociación entre la magnitud de la correlación familiar del CI y el grado de parentesco genético. (p. 60)

RECUADRO 7-2

Genética conductual

La genética conductual es una especialidad en la investigación en que se evalúan las influencias genéticas y ambientales sobre el desarrollo del comportamiento. Los códigos genéticos producen y regulan proteínas y éstas interactúan con intermediarios fisiológicos (hormonas, neurotransmisores, propiedades estructurales del sistema nervioso) para producir comportamiento (Plomin, DeFries y McClearn, 1990). La estructura genética de un individuo, a la que se denomina *genotipo,* se fija al nacer. El genotipo de una persona es transmitido por los padres biológicos. El *fenotipo* se refiere a las características observables de un individuo y puede cambiar. La inteligencia e incluso los trastornos mentales son características fenotípicas que pueden cambiar con el tiempo. El fenotipo es un producto del genotipo *y* el ambiente.

Uno de los diseños de investigación más potentes (en el sentido explicativo) que se utiliza en la genética conductual es el método de los gemelos. Este método comprende la comparación de *gemelos monocigóticos,* los cuales son idénticos desde el punto de vista genético, con *gemelos dicigóticos,* quienes sólo comparten más o menos 50% de su material genético, en el comportamiento o característica de interés. La semejanza entre pares de gemelos se presenta de manera típica en forma de *tasa de concordancia* o *índice de semejanza.* En su forma más simple, una tasa de concordancia es el porcentaje de casos a lo largo de todos los pares de gemelos en que ambos exhiben comportamientos o características similares. Una tasa de concordancia o índice de semejanza para la muestra de gemelos monocigóticos que sea significativamente mayor que la de la muestra de gemelos dicigóticos sugiere que las influencias genéticas desempeñan una función importante en el desarrollo de ese conjunto de comportamientos o características.

Debido a que los gemelos monocigóticos son idénticos *y,* si son criados juntos, se pueden tratar en forma más parecida que los gemelos dicigóticos, podría afirmarse que la tasa de concordancia mayor para los gemelos monocigóticos que para los gemelos dicigóticos puede tener tanto que ver con influencias ambientales como con influencias genéticas. Un método aún más informativo utilizado en los estudios de genética conductual supone el muestreo de gemelos monocigóticos criados juntos, y gemelos monocigóticos criados por separado, gemelos dicigóticos criados juntos y gemelos dicigóticos criados aparte. De esta forma, es más fácil separar las influencias genéticas y ambientales. Por ejemplo, los siguientes hallazgos sugerirían influencias genéticas en la manifestación de los comportamientos o características en estudio: 1) las tasas de concordancia para los gemelos monocigóticos criados juntos y criados aparte son significativamente mayores que las de los gemelos dicigóticos criados juntos y criados aparte, respectivamente; 2) la tasa de concordancia para los gemelos monocigóticos criados aparte se aproxima a la de los gemelos monocigóticos criados juntos; y 3) la tasa de concordancia de los gemelos dicigóticos criados aparte se acerca a la de los gemelos dicigóticos criados juntos. Estos hallazgos sugerirían que la genética desempeña una función importante, debido a que la semejanza o concordancia es una función de la cantidad de material genético compartido y ser criados en ambientes diferentes no tiene un efecto apreciable en la semejanza.

Hemos presentado sólo un panorama breve y bastante simplista de la genética conductual. El interés en este campo ha aumentado y declinado a lo largo de los años y en ocasiones el campo ha sido el blanco de ataques de una variedad de grupos (Plomin y cols., 1990). Sin embargo, es importante tener en cuenta varios puntos. Primero, las tasas de concordancia o índices de semejanza menores que 100% (o 1.00) *necesariamente* denotan influencias ambientales. Por consiguiente, los métodos de la genética conductual son herramientas para identificar y cuantificar factores ambientales al igual que genéticos en el comportamiento. Segundo, encontrar que un comportamiento o característica recibe la influencia genética *no* significa que sea inmutable o inalterable. La genética *y* el ambiente interactúan en formas complejas para producir comportamiento.

TABLA 7-3 Correlaciones de CI familiar promedio (R)

Relación	*Correlación promedio ponderada*	*Número de pares*
	Parientes biológicos criados juntos	
Gemelos monocigóticos	.86	4 672
Gemelos dicigóticos	.60	5 546
Hermanos	.47	26 473
Padre/descendiente	.42	8 433
Medios hermanos	.31	200
Primos	.15	1 176
	Parientes biológicos criados aparte	
Gemelos monocigóticos	.72	65
Hermanos	.24	203
Padre/descendiente	.22	814
	Parientes no biológicos criados juntos	
Hermanos	.32	714
Padre adoptivo/descendiente	.19	1 397

Nota: la correlación promedio ponderada se determinó utilizando el promedio ponderado por el tamaño de la muestra de transformaciones *z*.

Fuente: adaptado de "Familial Studies of Intelligence: A Review", por T. J. Bouchard, Jr., y M. McGue, 1981, *Science, 250*, p. 1056. Derechos reservados 1981 por la American Association for the Advancement of Science. Adaptado con autorización.

Estimaciones recientes del porcentaje de varianza del CI asociado con factores genéticos varían de 51% (Chipeur, Rovine y Plomin, 1990) a 81% (Pedersen, Plomin, Nesselroade y McClearn, 1992). En general, parece que las estimaciones de heredabilidad del CI varían como una función de la edad de la muestra; estas estimaciones son máximas en grupos de edad mayor (McGue y cols., 1993).

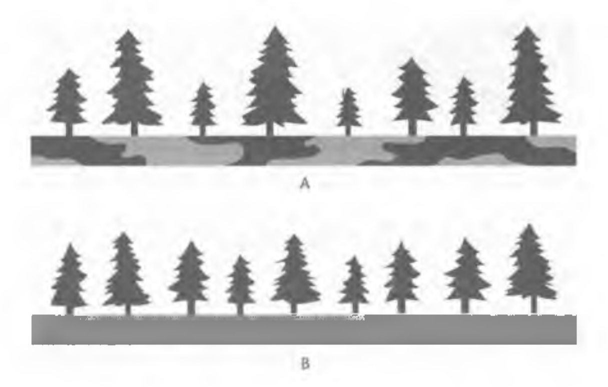
Dada la evidencia de que los factores genéticos influyen en las puntuaciones de inteligencia, ¿significa esto que el CI no es maleable? No; ésta es fuente de mucha confusión y controversia. Recuerde que las estimaciones de heredabilidad *no* son de 100%. Esto sugiere que el ambiente desempeña alguna función en el desarrollo de la inteligencia. Como afirman McGue y sus colaboradores (1993), los estudios de genética conductual del CI "denotan fuertemente la existencia de influencias ambientales: la correlación entre gemelos monocigóticos criados juntos es menor que la unidad; los parientes biológicos criados juntos son más parecidos que los parientes biológicos criados aparte; y hay una correlación significativa entre los CI de parientes sin relación biológica pero criados juntos" (pp. 60-61).

Aun si las estimaciones de heredabilidad fueran de 100%, esto no descarta la posibilidad de que las puntuaciones de CI puedan cambiar. Las circunstancias ambientales pueden influir en algunos rasgos "determinados en forma genética", como la estatura, y las intervenciones ambientales pueden controlar o incluso curar los trastornos genéticos (Kamphaus, 1993). Aunque se han notado algunas ganancias o cambios a corto plazo, en general ha sido variada la investigación que examina la eficacia de las intervenciones psicosociales para mejorar las puntuaciones de CI (Kamphaus, 1993;

RECUADRO 7-3

Concepto de heredabilidad

El concepto de árboles de hojas perennes en A varía en altura. El grado en que éstas varían entre sí se llama varianza. ¿Qué produce esta varianza? Es probable que en parte se deba a la genética. Para averiguar cuánto, igualamos las condiciones ambientales como suelo, agua y luz solar (indicadas por sombreados diferentes del suelo). Ahora tomamos un grupo aleatorio de semillas escogidas de A. Las plantamos en este ambiente igualado (B) y esperamos con paciencia hasta que maduran. Notamos que la variación de tamaño en B es menor de lo que era en A. Esto refleja que las condiciones ambientales en B son iguales para todos los árboles, de modo que se han eliminado cualesquiera fuentes ambientales de varianza. La varianza restante en B se debe por completo a factores genéticos. Por consiguiente, la heredabilidad de la altura para A es la varianza en B (la variación atribuible a factores genéticos) dividida entre la varianza en A (la variación total en la población).



Fuente: adaptado de *Psychology*, por Henry Gleitman, con autorización de W. W. Norton & Company, Inc. Derechos reservados © 1981 por W. W. Norton & Company, Inc.

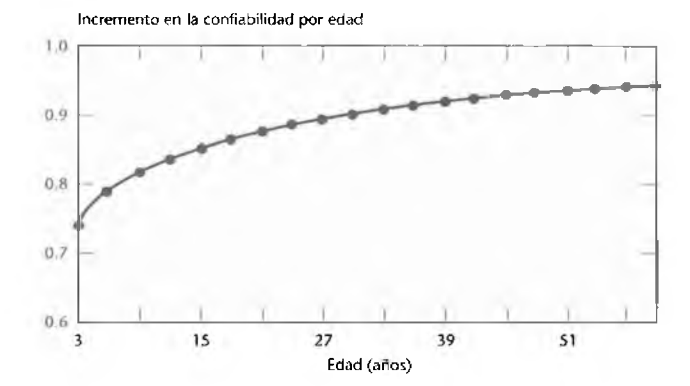
Neisser y cols., 1996). A pesar de estos resultados en ocasiones decepcionantes, la noción general de que deben proporcionarse ambientes favorables de modo que se permita a los individuos realizar su potencial innato parece una meta plausible y valiosa (véase la Tabla 7-3).

En resumen, las influencias genéticas frente a las ambientales no son elecciones disyuntivas del tipo esto o lo otro. Es evidente que ambas desempeñan alguna función en el desarrollo y expresión de la inteligencia. Los genetistas conductuales no afirman que el ambiente no desempeñe función alguna en el CI; más bien, sus datos denotan con claridad factores ambientales y deben servir como un estímulo para realizar más investigaciones sobre la naturaleza y el efecto de estos factores en el desarrollo de la inteligencia.

Estabilidad de las puntuaciones del CI. Como se indicó antes, un método para evaluar la confiabilidad de una medida es calcular una correlación de test-retest. Esto nos da una idea de lo estables que son las puntuaciones a lo largo del tiempo. Como señalaron Schuerger y Witt (1989), las puntuaciones de CI tien-

FIGURA 7-3 Gráfica que describe la relación entre edad y estabilidad

Fuente: Schuerger y Witt (1989). "The temporal stability of individually tested intelligence", *Journal of Clinical Psychology,* 45, p. 300. Reimpreso con autorización.



den a ser menos estables para los niños pequeños y más estables para los adultos. Además, y no resulta demasiado sorprendente, un intervalo entre test y retest más largo (por ejemplo, 10 años frente a 1 año) da estimaciones de confiabilidad y estabilidad menores. La figura 7-3 ilustra la estabilidad de las puntuaciones de CI como una función de la edad.

El significado de estos resultados es clara. Los clínicos no pueden asumir que una sola puntuación de prueba de CI caracterizará con precisión el nivel de inteligencia de un individuo a lo largo de su vida. Las puntuaciones de CI tienden a cambiar, y esto sucede en especial en los niños pequeños. Por esta razón, los clínicos a menudo describen el "nivel presente de funcionamiento intelectual" del individuo en sus reportes de prueba. Una variedad de influencias (como una enfermedad o cambios motivacionales y emocionales) pueden afectar la puntuación de un individuo.

Evaluación clínica de la inteligencia

En esta sección, describiremos en forma breve varias de las pruebas de inteligencia para niños y adultos más utilizadas.

Escalas Stanford-Binet

Durante muchos años, las escalas Binet fueron las pruebas preferidas. Pasaron por muchas revisiones después del trabajo de Binet en 1905. La revisión de Terman en 1916 fue seguida por la Stanford-Binet Revisada de 1937 (Terman y Merrill, 1937). La versión de 1960 (Terman y Merrill, 1960) dio paso a un equipo de prueba con normas revisadas en 1972. La revisión más reciente de la escala apareció en 1986, la *Stanford-Binet cuarta edición*, o SB-4 (Thorndike, Hagen y Sattler, 1986).

Descripción. Hasta esta última revisión, la Stanford-Binet fue notable por ser una escala de edad. Tenía 20 niveles de edad, comenzaba en el año II y procedía hasta el Nivel adulto superior III. Cada nivel tenía seis reactivos. Cada reactivo aprobado se convertía en uno o dos meses de crédito de edad mental (dependiendo de si se encontraba antes o después del Nivel del Año V).

La versión de 1986 es radicalmente diferente. Se basa en un modelo de inteligencia jerárquico. La *Stanford-Binet cuarta edición* (SB-4) contiene cuatro clases generales de reactivos, y cada clase consiste en varias clases de subpruebas:

FIGURA 7-4 Escala de inteligencia Stanford-Binet cuarta edición (SB-4)
Fotografía por cortesía de Riverside Publishing Company, Itasca, Illinois.



1. *Razonamiento verbal:* vocabulario, comprensión, absurdos, relaciones verbales
2. *Razonamiento cuantitativo:* cuantitativo, series numéricas, construcción de ecuaciones
3. *Razonamiento abstracto/visual:* análisis de patrones, copiado, matrices, doblado y cortado de papel
4. *Memoria a corto plazo:* memoria para cuentas, memoria para enunciados, memoria para dígitos, memoria para objetos

Cada subprueba está compuesta por reactivos con niveles de dificultad variados, de los dos años a la edad adulta. Esta revisión utiliza un procedimiento de prueba adaptativa llamada *prueba multietapas*. El examinador da primero la Prueba de vocabulario para determinar el punto de entrada (es decir, con cuál reactivo comenzará) para cada subprueba restante. Esta estimación inicial de la capacidad proporciona una entrada o punto de partida más apropiado en las pruebas subsiguientes, y es probable que dé como resultado una prueba más eficiente, que se basa en forma exclusiva en la edad cronológica como una guía para un punto de partida. Por tanto, no se aplican los mismos reactivos a todos los examinados de la misma edad. En el manual se exponen formas cortas o versiones abreviadas de la SB-4; sin embargo, se necesita más investigación sobre la equivalencia de la SB-4 completa y las versiones abreviadas (Kamphaus, 1993).

Estandarización. La estandarización final de la SB-4 incluyó 5 013 participantes. Con cifras del censo de 1980 de Estados Unidos, los participantes se muestrearon de acuerdo con la región geográfica, tamaño de la comunidad, grupo étnico, grupo de edad y género. También se consideró la posición socioeconómica.

Los reactivos se seleccionaron según cuán bien parecían medir las cuatro clases enumeradas. Se descartaron aquellos que conducían a una puntuación poco confiable, que mostraban prejuicio étnico o de género, o que no eran apropiados para una amplia gama de grupos de edad.

Confiabilidad y validez. El manual de la SB-4 (Thorndike y cols., 1986) indica un apoyo general para la confiabilidad de la puntuación compuesta y las puntuaciones de las subpruebas. Las confiabilidades de consistencia interna estuvieron básicamente en el rango de .80 a .99. Las confiabilidades de prueba y repetición de la prueba para intervalos

de dos a ocho meses se ubicaron de manera principal (para preescolares) en el rango de .70 a .79, con unos cuantos en el de .80 a .99. Pero unas cuantas correlaciones para subpruebas específicas fueron decepcionantemente bajas.

En cuanto a la validez de las puntuaciones compuestas del SB-4, se ha obtenido una variedad de evidencia de apoyo (Laurent, Swerdlik y Ryburn, 1992; Thorndike y cols., 1986). Por ejemplo, la correlación entre las puntuaciones SB-4 y las puntuaciones en la Stanford-Binet de 1972 fue de .81. Las correlaciones entre la SB-4 y varias escalas Wechsler (que se describen a continuación) fueron de .83 para niños, .80 para preescolares y .91 para adultos. Las correlaciones entre subpruebas de la SB-4 y las escalas Wechsler también fueron considerables. Por consiguiente, utilizando el criterio de relación con otras pruebas de inteligencia aceptadas, la nueva Stanford-Binet parece tener validez.

Por último, se determinó que las puntuaciones de CI de niños sobresalientes estuvieron significativamente por encima de la media de la muestra de estandarización. Además, los participantes discapacitados educables y retardados mentales produjeron puntuaciones significativamente inferiores a las de la muestra de estandarización. En general, la validez de la SB-4 parece promisoria. Sin embargo, debe señalarse que sólo ha habido apoyo mixto para los cuatro factores que los autores de la prueba propusieron que subyacían en las puntuaciones de la SB-4 (Laurent y cols., 1992).

Escalas Wechsler

Las versiones anteriores de la Stanford-Binet tenían diversas desventajas que condujeron en 1939 a David Wechsler a elaborar la Escala de Inteligencia Wechsler-Bellevue. Era una prueba diseñada para adultos y ofrecería reactivos cuyo contenido fuera más apropiado y motivador para adultos que la Binet orientada a la escuela. En contraste con la Stanford-Binet, cuyos reactivos estaban ordenados en niveles de edad, la Escala de inteligencia Wechsler-Bellevue agrupaba sus reactivos en subpruebas. Por ejemplo, todos los reactivos aritméticos se colocaron en una subprueba y se acomodaron en orden de dificultad creciente. Además, había una Escala de Ejecución y una Escala Verbal (que constaban de cinco y seis subpruebas, respectivamente). Podía calcularse un CI separado para cada escala, junto con un CI de Escala total. La inclusión sistemática de reactivos de ejecución ayudó a remediar el énfasis excesivo en las habilidades verbales que limitaba la utilidad de la Stanford-Binet antigua con poblaciones especiales.

FIGURA 7-5 David Wechsler publicó la Escala de inteligencia Wechsler-Bellevue en 1939. Las revisiones subsiguientes de las versiones para adultos y para niños de esta prueba se han convertido en las técnicas más usadas para evaluar el funcionamiento intelectual
Stock Montage.



Wechsler usó un concepto de CI de desviación. Este enfoque, como hemos visto, supone que la inteligencia está distribuida en forma normal y compara a los individuos con sus semejantes de la misma edad. En efecto, compara la ejecución de un joven de 15 años con la de otros de 15 años. Este método establece estadísticamente un CI de 100 como la media para cada grupo de edad. Como resultado, un CI de 100 significa lo mismo para cualquier persona, sin importar su edad.

WAIS-III

Descripción. Una versión nueva de la Wechsler-Bellevue, conocida como Escala Wechsler de inteligencia para adultos (Wechsler Adult Intelligence Scale; WAIS), apareció por primera vez en 1955. Se

publicó una edición revisada (WAIS-R) en 1981. La versión más reciente, la *Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos, tercera edición (WAIS-III)*, se introdujo en 1997.

Un cambio importante introducido en el WAIS-III es la inclusión de *reactivos inversos* en varias subpruebas. En estas subpruebas, todos los examinados comienzan con los mismos dos reactivos básicos. Si no se obtiene una puntuación perfecta en cualquier reactivo básico, se administran los reactivos precedentes en secuencia inversa hasta que se logra una puntuación perfecta para dos reactivos consecutivos. El propósito de este cambio es determinar el nivel de capacidad del examinado en la forma más eficiente posible, sin tener que administrar reactivos marcadamente por debajo de este nivel de capacidad. Otra innovación es la capacidad del WAIS-III para proporcionar *puntuaciones índice* además de puntuaciones de CI (CI de Escala total, CI verbal, CI de ejecución). Al administrar 13 subpruebas (excluyendo Ensamble de objetos, una prueba opcional; véase más adelante), pueden calcularse las siguientes cuatro puntuaciones índice: comprensión verbal, organización de la percepción, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento. Estas puntuaciones índice reflejan los factores de capacidad principales que subyacen en las puntuaciones de las subpruebas del WAIS-III; por tanto, las puntuaciones índice proporcionan una evaluación más detallada de las ventajas y desventajas del examinado a lo largo de las tareas.

A continuación se presentan descripciones breves de las 14 subpruebas del WAIS-III. Las primeras siete constituyen las subpruebas verbales; las otras siete son las subpruebas de ejecución.

1. *Vocabulario*. Aquí el examinado debe definir palabras que aumentan en dificultad. Tal vez sea la mejor subprueba verbal individual. Se correlaciona en forma elevada con los CI de Escala total; algunos creen que está cerca de medir lo que por lo general se denomina *g*.
2. *Semejanzas*. Esta subprueba consta de 19 reactivos, para cada uno de los cuales el examinado debe explicar en qué se parecen dos objetos. La subprueba requiere la capacidad básica de formar abstracciones y desarrollar conceptos.
3. *Aritmética*. Estos 20 reactivos son parecidos a los problemas aritméticos que aparecen en la mayor parte de los libros de texto escolares. Los reactivos se administran en forma oral y no se permite al examinado utilizar lápiz ni papel.
4. *Retención de dígitos*. Esta subprueba es una medida de memoria a corto plazo y atención. El examinador lee en voz alta dos conjuntos de dígitos. Para la primera lista, el examinado debe repetir los dígitos en el orden en que fueron leídos. Para la segunda lista, debe hacerlo en forma inversa.
5. *Información*. Estos 28 reactivos exploran el conocimiento que se esperaría que uno ha adquirido como resultado de la vida cotidiana e interacciones culturales.
6. *Comprensión*. Los 18 reactivos de esta subprueba requieren que el examinado explique por qué se siguieron ciertos procedimientos, que interprete proverbios y que determine qué debería hacerse en una situación determinada. Los reactivos miden sentido común y juicio práctico en la solución de un problema.
7. *Secuencia de letras y números*. Esta nueva subprueba consta de siete reactivos que evalúan la memoria de trabajo y la atención. Se lee una combinación de números y letras, y el examinado debe recordar primero los números en orden ascendente y luego las letras en orden alfabético. Cada reactivo consiste en tres ensayos de diferentes combinaciones de números y letras. Es una subprueba complementaria para las puntuaciones de CI.
8. *Figuras incompletas*. Esta subprueba consiste en 25 tarjetas de colores, cada una de las cuales muestra un dibujo al que le falta una parte. El examinado debe identificar el faltante. Esto requiere concentración y la capacidad para notar detalles e incongruencias.
9. *Codificación de símbolos de dígitos*. Esta tarea de sustitución de código precisa que el examinado llene el código apropiado en los espacios vacíos debajo de una serie larga de números, usando una clave. La subprueba requiere que el examinado trabaje de modo directo y con un solo objetivo.
10. *Diseño con cubos*. El examinado debe armar cubos para igualar los diseños a los de las tarjetas que se presentan. La tarea supone coordinación visomotora y capacidad de síntesis analítica.

11. *Razonamiento matricial.* Esta nueva subprueba consiste en reactivos que miden el procesamiento de información visual y habilidades de razonamiento abstracto.
12. *Ordenamiento de dibujos.* Varios conjuntos de dibujos deben ordenarse en una secuencia apropiada para narrar una historia coherente. La subprueba mide la capacidad para juzgar, anticipar y planear.
13. *Búsqueda de símbolos.* Esta subprueba nueva, que consta de 60 reactivos, es parecida a la subprueba de Búsqueda de símbolos de el WISC-III. La tarea es indicar si un símbolo de estímulo aparece en la colección que está presente.
14. *Ensamble de objetos.* Aquí deben armarse cinco rompecabezas. Esta subprueba requiere la capacidad de visualizar un todo a partir de sus partes y la de planeación y anticipación, junto con cierto grado de coordinación visomotora. A diferencia de versiones anteriores de la WAIS, esta subprueba ahora es opcional.

Obtención de puntuaciones de CI y puntuaciones índice. Las puntuaciones crudas de cada subprueba se convierten en *puntuaciones normalizadas*, puntuaciones estandarizadas para un grupo de edad determinado. Luego se calculan varias puntuaciones de CI e índice sumando las puntuaciones escalares de subpruebas seleccionadas y convirtiendo los resultados en equivalentes de CI. La tabla 7-4 enumera las subpruebas del WAIS-III que se usan para calcular cada una de las siete puntuaciones principales de CI e índice: CI verbal, CI de ejecución, CI de escala total, comprensión verbal, organización de la percepción, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento.

Estandarización. El WAIS-III se estandarizó en una muestra de 2 450 adultos, que incluía la misma cantidad de hombres y mujeres en cada uno de los 13 grupos de edad que variaban de 16 a 89 años. La muestra se estratificó de acuerdo con la edad, sexo, raza o etnicidad, nivel de educación y regiones geográficas utilizando datos del Departamento del Censo de Estados Unidos de 1995 como guía.

Confiabilidad y validez. Los coeficientes de confiabilidad promedio del CI de escala total, de ejecución y verbal a lo largo de los grupos de edad variaron de .94 a .98, y los coeficientes de confiabilidad promedio a lo largo de los grupos de edad para las puntuaciones índice de comprensión verbal, organización de la percepción, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento variaron de .88 a .96. La confiabilid test-retest de la prueba durante intervalos de dos a 12 semanas varió de .67 a .94 a lo largo de los grupos de edad para las diversas subpruebas.

Aunque es de reciente introducción, una riqueza de datos apoya la validez de las puntuaciones del WAIS-III (Psychological Corporation, 1997). Puntuaciones de subpruebas relacionadas de otras pruebas de capacidad cognoscitiva (como la WAIS-R y el WISC-III) se correlacionan de manera significativa con puntuaciones de subescalas escogidas derivadas de la nueva WAIS-III. Por ejemplo, el Índice de memoria de trabajo del WAIS-III se correlaciona en forma elevada con escalas de otras medidas que exploran la atención y la concentración, y el Índice de comprensión verbal del WAIS-III y el CI de escala verbal se correlacionan en forma significativa con puntuaciones de medidas externas de fluidez y comprensión del lenguaje. Por último, como apoyo adicional para la validez factorial del WAIS-III, una serie de análisis factoriales exploratorios y confirmatorios apoyaron en gran medida los cuatro factores predichos del WAIS-III (comprensión verbal, organización de la percepción, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento), al igual que las asociaciones predichas entre las subpruebas del WAIS-III y estos factores.

FIGURA 7-6 Reactivo simulado de la subprueba de figuras incompletas del WAIS-III
Reproducido con autorización de The Psychological Corporation.



TABLA 7-4 Subpruebas del WAIS-III y sus respectivas puntuaciones de CI o índice

	Puntuación de CI o puntuación índice						
	De escala total CI	*Verbal CI*	*De ejecución CI*	*Comprensión verbal*	*Organización de la percepción*	*Memoria de trabajo*	*Velocidad de procesamiento*
Subprueba							
Figuras incompletas	√		√		√		
Vocabulario	√	√		√			
Codificación de símbolos de dígitos	√		√				√
Semejanzas	√	√		√			
Diseño de cubos	√		√		√		
Aritmética	√	√				√	
Razonamiento de matrices	√		√		√		
Retención de dígitos	√	√				√	
Información	√	√		√			
Ordenamiento de dibujos	√		√				
Comprensión	√	√					
Búsqueda de símbolos			O				√
Secuencia de letras y números		O				√	
Ensamble			O				

Nota: √ indica que se utilizaron puntuaciones normalizadas para la subprueba respectiva a fin de calcular esa puntuación de CI o puntuación índice.
O indica que pueden utilizarse las puntuaciones normalizadas para la subprueba respectiva en lugar de las Subpruebas de ejecución o verbal especificadas si no se administran.

Un reporte breve de caso: evaluación intelectual

El siguiente fragmento es de un informe redactado por un psicólogo clínico en respuesta al envío de un médico de atención primaria, quien solicitó que su paciente fuera evaluado en cuanto a limitaciones cognoscitivas, en especial en el área de memoria y atención a corto plazo. Se informó que el paciente había experimentado dificultad en su nuevo empleo como conductor de un montacargas en un almacén. De manera específica, no estaba cumpliendo sus cuotas y "olvidaba" algunas de las tareas que se le asignaban. Aquí sólo presentamos los resultados de prueba del WAIS-III y su interpretación.

Paciente: RYAN, Adam (nombre ficticio)

Edad: 28; *Educación:* certificado de bachillerato; *Estado civil:* soltero

Comportamiento durante la prueba: el señor Ryan fue cooperativo en todos los aspectos de la prueba y trabajó con diligencia en todas las tareas que se le presentaron. Mencionó en forma espontánea que "tenía muchos problemas" debido a sus olvidos. También fue evidente que el señor Ryan estaba angustiado y preocupado por su ejecución en varias subpruebas que requerían que retuviera información nueva y luego la repitiera (retención de dígitos) o realizara operaciones con la información (aritmética).

Funcionamiento intelectual: con base en sus puntuaciones en el WAIS-III, el señor Ryan funciona en la actualidad en el rango de inteligencia promedio, con un CI de escala total de 100. Sus puntuaciones de CI verbal (100) y CI de ejecución (100) también estuvieron en el nivel promedio. Sin embargo, un examen de las puntuaciones de subprueba y las puntuaciones índice reveló una gran cantidad de variabilidad. A continuación aparece un listado completo de las puntuaciones que obtuvo:

Subpruebas verbales	
Vocabulario	12
Semejanzas	13
Aritmética	7
Retención de dígitos	6
Información	11
Comprensión	12
(Secuencia de letras y números)	(5)
Subpruebas de ejecución	
Figuras incompletas	12
Codificación de símbolos de dígitos	9
Diseño de cubos	10
Razonamiento de matrices	10
Ordenamiento de dibujos	10
(Búsqueda de símbolos)	(9)
(Ensamble de objetos)	(10)
Puntuaciones compuestas	
CI Verbal	100
CI de ejecución	100
CI de escala total	100
Índice de comprensión verbal	110
Índice de organización de la comprensión	103
Índice de memoria de trabajo	75
Índice de velocidad de procesamiento	93

Aunque sus puntuaciones relacionadas con comprensión verbal, organización de la percepción y velocidad de procesamiento lo colocan en el nivel de funcionamiento promedio, las puntuaciones del señor Ryan que reflejan la memoria de trabajo lo colocan en el rango de funcionamiento limítrofe. Demostró debilidades en las subpruebas que requerían atención, memoria a corto plazo y procesamiento de información nueva.

Este caso de ejemplo demuestra cómo puede ser engañoso confiar en forma excesiva en las puntuaciones de CI globales (CI de escala total, CI verbal, CI de ejecución). Aunque las puntuaciones del señor Ryan estaban en el rango promedio, un examen más a fondo de sus puntuaciones en las subpruebas individuales y en las puntuaciones índice sugiere limitaciones cognoscitivas. Por esta razón, es importante calcular e interpretar las discrepancias entre las puntuaciones de las subpruebas, las puntuaciones de CI y las puntuaciones índice, a fin de dar un panorama clínico rico de las capacidades cognoscitivas del examinado.

WISC-III

La Escala Wechsler de inteligencia para niños (Wechsler Intelligence Scale for Children; WISC) fue elaborada en 1949 y revisada en 1974 (WISC-R). La versión más reciente, la *Escala Wechsler de inteligencia para niños, tercera edición (Wechsler Intelligence Scale for*

Children-Third Edition; WISC-III), fue publicada en 1991 (Wechsler, 1991). Apropiada para niños de 6 a 16 años de edad, el WISC-III consta de 10 subpruebas obligatorias y tres complementarias. Como sus predecesoras, el WISC-III en muchas formas es una extensión descendente de la WAIS-R. En la figura 7-7 se muestran ejemplos de reactivos similares a los que se incluyen en el WISC-III.

Descripción. Como el WAIS-III, el WISC-III contiene subescalas verbal y de ejecución. Las subpruebas verbales son información, semejanzas, aritmética, vocabulario y comprensión; retención de dígitos es la subprueba verbal complementaria. Las subpruebas de ejecución son figuras incompletas, ordenamiento de dibujos, diseño de cubos, ensamble de objetos y codificación; laberintos y búsqueda de símbolos son las dos subpruebas de ejecución complementarias. Se calculan CI verbal y de ejecución, así como un CI de escala total general.

Son notables varias características nuevas del WISC-III. La subprueba opcional Búsqueda de símbolos es nueva; Figuras incompletas ahora es la primera subprueba que se administra a los examinados; y se han incorporado mejoras en el contenido, administración y calificación de las subpruebas en el WISC-III (Wechsler, 1991).

Estandarización. Se obtuvieron datos normativos para el WISC-III de una muestra de estandarización de 2 200 casos representativos de la población de niños de Estados Unidos. A partir de datos del Departamento del Censo de Estados Unidos de 1988, se seleccionaron casos que representaran la población infantil estadounidense en forma proporcional por raza o etnicidad, región geográfica y educación de los padres. La muestra incluyó 200 niños (100 niñas y 100 niños) en cada uno de los 11 grupos de edad (edades de 6 a 16 años).

Confiabilidad y validez. Wechsler (1991) reportó que las confiabilidades de división por mitades promedio (a lo largo de los grupos de edad) para la escala verbal, de ejecución y total del WISC-III fueron .95, .91 y .96, respectivamente. Las confiabilidades de división por mitades promedio para las subpruebas individuales variaron de .69 a .87. Las confiabilidades del test-retest de la prueba (intervalo de mediana entre pruebas = 23 días) a lo largo de tres grupos de edad diferentes fueron bastante altas, con la excepción de la subprueba laberintos (Wechsler, 1991); es probable que las puntuaciones de esta subprueba sean inestables a lo largo del tiempo. En cuanto a la validez, las puntuaciones del WISC-III se correlacionan en forma elevada con puntuaciones de otras medidas de inteligencia (WISC-R, WAIS-R y SB-4). Además, las puntuaciones del WISC-R, y probablemente las del WISC-III, han demostrado predecir el logro académico.

Por último, se han realizado varios estudios de análisis factorial usando puntuaciones del WISC-III. Análisis factoriales previos de puntuaciones del WISC-R sugirieron una estructura de tres factores: comprensión verbal, organización de la percepción y carencia de distractibilidad. Sin embargo, los resultados que apoyan este tercer factor han sido mixtos (Wechsler, 1991). Resulta interesante que los análisis factoriales reportados en el manual del WISC-III sugieren una solución de cuatro factores para las puntuaciones del WISC-III: comprensión verbal, organización de la percepción, carencia de distractibilidad y velocidad de procesamiento. Los últimos dos factores son bastante diferentes de los identificados mediante el WISC-R. Hasta la fecha, la validez y utilidad de estos dos factores están por demostrarse (Kamphaus, 1993).

Uso clínico de las pruebas de inteligencia

En las secciones anteriores describimos varias de las pruebas de inteligencia más utilizadas. Es tiempo de observar con más detalle cómo se usan en el escenario clínico.

Estimación del nivel intelectual general. El uso más obvio de una prueba de inteligencia es de un medio para llegar a una estimación del nivel intelectual general del paciente. A menudo la meta es la determinación de cuánta inteligencia general (*g*) posee una persona determinada. Con frecuencia, la cuestión se plantea un tanto diferente; por ejemplo, ¿cuál es el potencial intelectual del paciente? Plantear la pregunta así sugiere que quizá la persona no funciona tan bien como indica su potencial. El potencial puede formar una línea base contra la cual se pueden medir los logros actuales, proporcionando por tanto información sobre el nivel de funcionamiento actual del paciente.

FIGURA 7-7 Ejemplos de reactivos similares a los del WISC-III
Arte cortesía de The Psychological Corporation.

Información (30 preguntas)

¿Cuántas piernas tienes?
¿Qué debes hacer para congelar agua?
¿Quién descubrió el Polo Norte?
¿Cuál es la capital de Francia?

Semejanzas (19 preguntas)

¿En qué se parecen un lápiz y un crayón?
¿En qué se parecen el té y el café?
¿En qué se parecen la pulgada y la milla?
¿En qué se parecen los binoculares y el microscopio?

Aritmética (24 preguntas)

Si tienes un dulce y te dan otro, ¿cuántos dulces tendrás?
A 12 centavos cada una, ¿cuánto costarán 4 pastillas de jabón?
Si un traje se vende a la mitad del precio normal, ¿cuál es el costo de un traje de $1200?

Vocabulario (30 palabras)

pelota verano poema revoltoso

Comprensión (18 preguntas)

¿Por qué usas zapatos?
¿Qué haces si ves que alguien tira sus paquetes?
¿Dame dos razones de por qué es mejor una lámpara que una vela?

Retención de dígitos (15 reactivos; 8 con dígitos en orden directo, 7 con dígitos en orden inverso)

La tarea es repetir dígitos presentados por el examinador en una dirección directa en una parte (2 a 9 dígitos de extensión; ejemplo 1-8) y en una dirección inversa en otra parte (de 2 a 8 dígitos de extensión; ejemplo: 3-9-1).

Figuras incompletas (30 reactivos)

La tarea es identificar la parte faltante esencial del dibujo, como a) un auto sin rueda, b) un perro sin una pata y c) un teléfono sin números en el disco (véase la siguiente ilustración).



Codificación (59 reactivos en Codificación A y 119 reactivos en Codificación B)

La tarea es copiar símbolos de una clave (véase la siguiente ilustración).

1	2	3	4	5	6

EJEMPLO

2	1	4	6	3	5	2	1	3	4	2	1	3	1	2	3

Ordenamiento de dibujos (14 reactivos)

La tarea es ordenar una serie de dibujos en una secuencia significativa (véase la siguiente ilustración).



Diseño de cubos (12 reactivos)

La tarea es reproducir los diseños estímulo utilizando de cuatro a nueve cubos (véase la siguiente ilustración).



Ensamble de objetos (5 reactivos)

La tarea es ordenar las piezas para formar un objeto significativo (véase la siguiente ilustración).

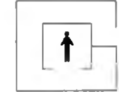


FIGURA 7-7 Ejemplos de reactivos similares a los de el WISC-III (continuación)
Arte cortesía de The Psychological Corporation.

Búsqueda de símbolos (45 reactivos en la Parte A y 45 reactivos en la Parte B)
La tarea es decidir si una figura de estímulo (un símbolo) aparece en una serie (véase la siguiente ilustración).



Laberintos (10 reactivos)
La tarea es completar una serie de laberintos (véase la siguiente ilustración).



Nota: Las preguntas son parecidas a las que aparecen en el WISC-III pero en realidad no son de la prueba, excepto por los reactivos de muestra ilustrados para Búsqueda de símbolos y laberintos.

Muchas dificultades y falacias se asocian con la búsqueda de estas metas. Lo siguiente es un ejemplo.

El caso de Harold

Se practicó una evaluación rutinaria a Harold antes de transferirlo a una clase especial para estudiantes avanzados de primer año de bachillerato. En forma bastante sorprendente, su CI de Escala Total en el WISC-III resultó ser 107. Esta puntuación estaba en el rango promedio, pero por debajo del punto de corte para la admisión a la clase. También estaba considerablemente por debajo de lo que sus maestros habían estimado con base en su ejecución en el salón de clases. Una observación más detenida de sus puntuaciones en las subpruebas reveló que sus ejecuciones en diseño de cubos, codificación y ensamble de objetos estaban significativamente por debajo de las de otras subpruebas. Una entrevista de seguimiento con Harold fue bastante reveladora. Desde la infancia había padecido de debilidad muscular en ambos brazos y manos. Esta debilidad le impedía dar respuestas motoras finas rápidas. Sin embargo, había desarrollado varias compensaciones ingeniosas para impedir que otros se dieran cuenta de su limitación. Por ejemplo, lo que habían parecido ser respuestas lentas, deliberadas e incluso confusas en diseño de cubos, en realidad no lo eran en absoluto. Estaba fingiendo confusión para enmascarar su dificultad con las funciones motoras finas. Es evidente, entonces, que la puntuación de CI de Harold había sido afectada en forma indebida por una debilidad motora que no tenía nada que ver con su capacidad para desempeñarse en forma intelectual.

Este ejemplo apenas es la punta del iceberg. No obstante, sugiere que obtener un CI no es el final de la tarea de un clínico; sólo es el comienzo. La puntuación de CI debe interpretarse. Sólo por medio del conocimiento de la historia de aprendizaje del paciente y por observaciones hechas durante la situación de prueba, puede colocarse esa puntuación en un contexto interpretativo apropiado y evaluarse en forma adecuada (Oakland y Glutting, 1990).

Predicción del éxito académico. Como se mencionó antes, hay datos que demuestran una relación entre las puntuaciones de prueba de inteligencia y el éxito escolar (Herrnstein y Murray, 1994; Kamphaus, 1993; Neisser y cols., 1996). En la medida en que la inteligencia debería reflejar de manera lógica la capacidad para ir bien en la escuela, se justifica que esperemos que las pruebas de inteligencia predigan el éxito escolar. No todos equipararían la inteligencia con la aptitud escolar, pero el hecho es que una función principal de las pruebas de inteligencia sigue siendo predecir el desempeño escolar. Ahora bien, uno debe recordar que la inteligencia y el éxito académico no son idénticos desde el punto de vista conceptual.

Valoración del estilo. Como hemos señalado, no sólo es importante si el cliente tiene éxito o falla en determinados reactivos, sino también cómo ocurre ese éxito o fracaso. Uno de los valores principales de las pruebas individuales de inteligencia es que nos permiten observar al cliente o paciente mientras trabaja. Estas observaciones pueden ayudarnos en gran medida al interpretar un CI. Por ejemplo, ¿este niño lo hizo lo mejor posible? ¿Hubo falla o evitación? ¿El niño luchó con la mayor parte de los reactivos o fue un éxito fácil? ¿Carecía de motivación y esto podría haber mermado su ejecución? Estas preguntas y las interpretaciones resultantes dan vida a una puntuación de CI de otra manera inerte.

Las siguientes preguntas simuladas del WAIS-III y las respuestas hipotéticas de un paciente son ejemplos de los datos que se pueden obtener más allá de la simple corrección o incorrección de una respuesta.

> *Pregunta:* ¿Quién escribió *Paradise Lost*? (subprueba de información)
>
> *Respuesta:* Es probable que un católico. Pero desde que el Papa comenzó a cambiar las cosas, le cambiaron el título.
>
> *Pregunta:* ¿Cuál es la ventaja de tener dinero en el banco? (subprueba de comprensión)
>
> *Respuesta:* No hay ninguna. Hay demasiados malditos estafadores. Pero algún día lo van a pagar.
>
> *Pregunta:* ¿En qué se parecen un león y un tigre? (subprueba de semejanzas)
>
> *Respuesta:* Bueno, es una larga historia. ¿Se ven iguales? En realidad no pueden reproducirse juntos, sabe.*

Algunos clínicos se han aventurado considerablemente más allá haciendo unas cuantas inferencias de personalidad limitadas que inyectarían algún significado adicional a los CI y han basado diagnósticos de trastorno mental en las escalas Stanford-Binet y Wechsler. Creen que al examinar los patrones de las puntuaciones (conocidos como dispersión interprueba) podrían aplicar rótulos de diagnóstico a los pacientes (como esquizofrenia o depresión). Sin embargo, los estudios que pretenden mostrar la validez de estas interpretaciones de dispersión interprueba rara vez podrían replicarse con el paso del tiempo. Por tanto, la inferencia diagnóstica a partir de patrones de ejecución de la prueba no es confiable (Piedmont, Sokolove y Fleming, 1989).

*Estos reactivos simulados fueron proporcionados por cortesía de The Psychological Corporation, New York. Las respuestas se basan en respuestas a reactivos reales.

Algunas observaciones finales y conclusiones

En las páginas precedentes hemos expuesto definiciones y teorías de la inteligencia, descripciones de las pruebas de ésta y los usos de dichas pruebas. Ahora podemos hacer algunas afirmaciones concluyentes generales.

Una abstracción. Debido a que el CI no significa que una persona se desempeñará en todas las situaciones en un nivel constante, hablamos de "funcionamiento presente" en lugar de potencial innato. Muchos afirmarían que la inteligencia, como una actitud, no es una cosa, sino una abstracción que puede permitir a los clínicos predecir con precisión ciertos comportamientos. Un clínico que observa que Charles obtiene A en clase, cuenta con una alta consideración de sus profesores y soluciona problemas más rápido que sus compañeros, es probable que concluya que Charles es inteligente. Para llegar a esta conclusión, el clínico habrá abstraído un elemento común del comportamiento de Charles en varias situaciones y puede utilizar esta abstracción para predecir que Charles tendrá éxito en situaciones futuras relacionadas. Sin embargo, a pesar de la noción de que la inteligencia es una abstracción en lugar de una entidad localizada en una región específica del cerebro, y a pesar de las dificultades para distinguir entre lo que las personas no pueden hacer y lo que eligen no hacer, la mayoría tiende a creer que existe un CI "verdadero" y que las pruebas de inteligencia son la mejor manera de evaluarlo.

Función de la situación. Con los años, la investigación ha demostrado la función de factores situacionales y los efectos del examinador en grupos vulnerables como pacientes, niños pequeños,

minorías y otros (por ejemplo, Masling, 1960; Sattler, 1970). La edad, posición socioeconómica, nivel profesional e incluso la apariencia del examinador puede desempeñar una función, al igual que las cualidades parecidas en la persona en estudio (Babad, Mann y Mar-Hayim, 1975). Algunos críticos también han afirmado que los niños afroamericanos obtienen puntuaciones de CI inferiores cuando son examinados por examinadores blancos (Sattler, 1970). Otras investigaciones parecen menos claras sobre este punto (por ejemplo, Sattler y Gwynne, 1982). Las expectativas del examinador sobre las capacidades de una persona también pueden tener un efecto, la llamada profecía que se cumple a sí misma (Rosenthal, 1966). La preparación, la práctica y la complejidad general de la prueba del examinado también pueden afectar las puntuaciones (Anastasi, 1988).

Como afirma Flaugher (1978), es un error creer que una prueba sin sesgos ni efectos situacionales dará como resultado en forma automática el mismo nivel de ejecución para todos los grupos. Un niño originario de un lugar donde no se usa el inglés estándar puede tener problemas para afrontar la naturaleza muy verbal de algunas pruebas de inteligencia. Tales menores pueden mostrar puntuaciones de prueba inferiores que otros niños. Aunque uno debería ser cauteloso al inferir demasiado sobre la capacidad natal a partir de dichas puntuaciones, el hecho sigue siendo que las puntuaciones pueden reflejar lo que sucederá más adelante en la escuela. Los niños menos verbales pueden lograr calificaciones inferiores del mismo modo que recibieron puntuaciones de CI inferiores y por las mismas razones. Como indica Green (1978), las diferencias étnicas en las puntuaciones de prueba promedio no reflejan tanto el prejuicio de la prueba como los antecedentes culturales diferentes. Diremos más respecto de la cuestión del sesgo de la prueba en el capítulo 8 (Evaluación de la personalidad).

Generalidad frente a especificidad de la medición. Dadas todas las advertencias, reservas y rectificaciones, el lector puede preguntarse por qué los psicólogos clínicos utilizan pruebas generales de inteligencia. En muchas formas, esta cuestión puede reducirse a un asunto de costo-beneficio. Si uno está presionado por el tiempo o si las cuestiones de diagnóstico no giran en torno de materias intelectuales, es probable que sea más aconsejable saltarse dichas pruebas generales o utilizar una forma corta.

Sin embargo, es importante reconocer con exactitud qué puede hacer una prueba general de funcionamiento intelectual, como la Stanford-Binet o la Wechsler. Puede proporcionar un índice general amplio del funcionamiento intelectual a lo largo de una gama de situaciones. Debido a que el CI de escala total es un índice general, puede predecir moderadamente bien muchas situaciones que dependen de manera significativa de habilidades intelectuales; pero no tiene el mismo valor de predicción ante cualquier situación específica. Por tanto, si la meta sólo es predecir el éxito escolar en la situación Y, entonces sería más aconsejable utilizar una medida más específica que una prueba Wechsler, o al menos usar una prueba Wechsler cuyas subpruebas contengan elementos similares a la ejecución que uno espera predecir. Empero, a menudo el clínico puede necesitar una base para elegir opciones de remedio o clínicas. Con procedimientos estandarizados, el psicólogo clínico puede comparar al paciente con personas parecidas que se han desempeñado en la misma situación.

Resumen del capítulo

La evaluación de la inteligencia tiene una historia larga en la psicología clínica. La educación obligatoria y la capacidad de los psicólogos para medir capacidades mentales contribuyeron al desarrollo y éxito del campo de las pruebas de inteligencia. Sin embargo, para fines de los años sesenta, la validez de estas pruebas fue puesta en duda. Hasta la fecha, hay muchas controversias respecto a la forma en que se define la inteligencia y cómo se mide. Los psicólogos clínicos contemporáneos parecen creer en un factor general de inteligencia, *g*, y en capacidades específicas que subyacen en dicho factor. Las puntuaciones de inteligencia se correlacionan con el éxito escolar, la posición ocupacional y el desempeño en el trabajo. Además, hay diferencias de grupo en las puntuaciones de las pruebas de inteligencia entre hombres y mujeres y entre grupos étnicos o raciales. Aunque los factores genéticos influyen en las puntuaciones de las pruebas de inteligencia, el ambiente desempeña alguna función en el desarrollo de la inteligencia. Las puntuaciones de CI son más estables para los adultos que para los niños.

Hemos expuesto tres pruebas de inteligencia importantes en uso en la actualidad. La Stanford-Binet cuarta edición se usa para evaluar niños, adolescentes y adultos; la Escala Wechsler de inteligencia para adultos, tercera edición, para evaluar adolescentes y adultos, y la Escala Wechsler de inteligencia para niños, tercera edición, para evaluar niños. Los resultados de las pruebas de inteligencia se usan a fin de cuantificar niveles generales de inteligencia general, al igual que capacidades cognoscitivas específicas. Esta versatilidad permite a los psicólogos clínicos utilizar las puntuaciones de las pruebas de inteligencia para una variedad de tareas de predicción (como el rendimiento escolar).

Términos clave

capacidad cristalizada Uno de dos factores de inteligencia de orden superior concebidos por Cattell. La capacidad cristalizada se refiere a las capacidades intelectuales obtenidas por medio del aprendizaje basado en la cultura.

capacidad fluida Uno de los dos factores de inteligencia de orden superior concebidos por Cattell. La capacidad fluida se refiere a la capacidad intelectual con base genética de una persona.

capacidades mentales primarias Siete factores de inteligencia derivados por Thurstone con base en su trabajo de análisis factorial: numérico, fluidez verbal, comprensión verbal, velocidad de percepción, espacial, razonamiento y memoria.

cociente de inteligencia Término desarrollado por Stern en 1938 para abordar problemas con el uso de la diferencia entre la edad cronológica y la edad mental para representar la desviación. De manera típica, se utiliza una puntuación de CI de desviación.

CI de desviación Concepto introducido por Wechsler para abordar problemas observados cuando se aplicaba el CI de razón a individuos mayores. La ejecución de un individuo en una prueba de CI se compara con la de sus semejantes de la misma edad.

confiabilidad de consistencia interna Grado en que los reactivos de una prueba "son homogéneos" (con más frecuencia se evalúa calculando la alfa de Cronbach).

confiabilidad de división por mitades Grado en que las puntuaciones de un individuo en una mitad de una prueba (por ejemplo, los reactivos con número par) son similares a sus puntuaciones en la otra mitad (como los reactivos con número non).

confiabilidad de formas equivalentes Grado en que un individuo obtiene puntuaciones parecidas en formas equivalentes, o paralelas, de la misma prueba.

confiabilidad de prueba y repetición de la prueba Grado en que un individuo da respuestas similares a los mismos estímulos de prueba en repetidas ocasiones.

confiabilidad entre jueces Nivel de acuerdo entre dos o más jueces que han evaluado al mismo individuo en forma independiente. El acuerdo puede referirse a un consenso sobre comportamientos, atributos, etcétera.

edad cronológica A lo que nos referimos por lo común como edad; años de vida.

edad mental Término introducido por Binet como un índice de la ejecución mental. Esta idea se basaba en la noción de que los individuos de cierta edad deberían haber dominado ciertas capacidades.

Escala Wechsler de inteligencia para adultos, tercera edición (WAIS-III) Prueba de inteligencia para adultos que consta de una escala verbal y una escala de ejecución, cada una de las cuales cuenta con varias subpruebas. El WAIS-III produce un CI verbal, un CI de ejecución y un CI de escala total, además de puntuaciones índice.

Escala Wechsler de inteligencia para niños, tercera edición (WISC-III) Prueba de inteligencia diseñada para niños entre los 6 y los 16 años de edad. Como el WAIS-III, el WISC-III contiene subescalas verbal y de ejecución y produce tres CI: verbal, de ejecución y de escala total.

estabilidad de las puntuaciones de CI Semejanza de las puntuaciones de CI medidas en diferentes momentos en el tiempo. Basadas en correlaciones de test-retest, las puntuaciones de CI tienden a ser menos estables para los niños pequeños que para los adultos.

fenotipo Las características observables de un individuo. El fenotipo es un producto del genotipo y el ambiente.

g Término introducido por Charles Spearman para describir su concepto de inteligencia general.

gemelos criados juntos Gemelos monocigóticos o dicigóticos criados en el mismo ambiente familiar. Comparten material genético e influencias ambientales específicas. La comparación de las tasas de concordancia de gemelos criados aparte y criados juntos puede ayudar a separar las influencias genéticas y ambientales en un comportamiento o característica particular.

gemelos criados aparte Gemelos monocigóticos o dicigóticos separados poco después de su nacimiento; estos gemelos comparten material genético pero no influencias ambientales específicas.

gemelos dicigóticos Gemelos fraternos o gemelos que comparten alrededor de 50% del material genético.

gemelos monocigóticos Gemelos idénticos o gemelos que comparten 100% de su material genético.

genética conductual Una especialidad de investigación que evalúa las influencias genéticas y ambientales en el desarrollo del comportamiento.

genotipo Estructura genética de un individuo.

inteligencia No hay una definición de inteligencia de aceptación universal. Sin embargo, muchas definiciones enfatizan las capacidades de pensar en forma abstracta, de aprender y de adaptarse al ambiente.

modelo de estructura del intelecto Modelo propuesto y probado por Guilford que afirma que los componentes de la inteligencia pueden estar organizados en tres dimensiones: operaciones (por ejemplo, memoria), contenidos (por ejemplo, simbólico) y productos (por ejemplo, relaciones). En el esquema de Guilford, una operación mental particular se aplica a un tipo específico de contenido, lo que da un producto.

puntuaciones índice Puntuaciones que corresponden a los principales factores de capacidad que subyacen en las puntuaciones de las subpruebas del WAIS-III (esto es, comprensión verbal, organización de la percepción, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento).

reactivos inversos Característica de varias subpruebas del WAIS-III que permite al examinador determinar el nivel de capacidad del examinado sin tener que administrar reactivos que estén marcadamente por debajo de ese nivel de capacidad.

Stanford-Binet cuarta edición (SB-4) Prueba de inteligencia basada en un modelo jerárquico de inteligencia. La SB-4 contiene cuatro clases generales de reactivos (razonamiento verbal, razonamiento cuantitativo, razonamiento abstracto y visual, memoria a corto plazo), cada uno de las cuales consta de varias subpruebas.

tasa de concordancia Índice de semejanza entre individuos. La forma más simple de tasa de concordancia es el porcentaje de casos en que dos individuos exhiben comportamientos o características similares.

teoría de las inteligencias múltiples Teoría promovida por Gardner que plantea la existencia de seis inteligencias: lingüística, musical, lógico-matemática, espacial, corporal-cinética y personal.

teoría triádica de la inteligencia Teoría propuesta por Sternberg que sostiene que las personas funcionan con base en tres aspectos de la inteligencia: de componentes (se refiere al pensamiento analítico), de experiencia (pensamiento creativo) y de contexto ("sabiduría callejera", o la capacidad para manipular con éxito el ambiente de uno).

validez Grado en que una técnica de evaluación mide lo que se supone que debe medir. Hay varias formas de validez.

validez concurrente Grado en que las puntuaciones de la prueba se correlacionan con puntuaciones de otras medidas similares administradas al mismo tiempo.

validez de constructo Grado en que las puntuaciones de la prueba se correlacionan con otras medidas o comportamientos en una forma consistente desde el punto de vista lógico y teórico. La validez de constructo requiere la demostración de todos los aspectos de validez.

validez de contenido Grado en que los reactivos de la prueba miden de manera adecuada todos los aspectos del constructo de interés.

validez predictiva Grado en que las puntuaciones de la prueba se correlacionan con puntuaciones de otras mediciones relevantes administradas posteriormente

Sitios web de interés

7-1 Inteligencia: lo que se sabe y lo que se desconoce

www.apa.org/releases/intell.html

7-2 Informe de la Fuerza de Tarea de la Asociación Psicológica Estadounidense (Task Force Report of the American Psychological Association)

www.apa.org/releases/intell.html

7-3 Actualización de *Standards for Educational and Psychological Testing* revisados de la APA

www.apa.org/science/standards.html

7-4 Página web del Directorio Científico de Pruebas y Evaluación (Science Directorate Testing and Assessment) de la APA

www.apa.org/science/testing.html

CAPÍTULO OCHO

Evaluación de la personalidad

PREGUNTAS PRINCIPALES

1. ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de las pruebas objetivas?
2. ¿Cuáles son las principales estrategias de construcción de una prueba? Descripción breve de cada una.
3. ¿Cuáles son las semejanzas y diferencias entre medidas objetivas y proyectivas?
4. ¿Por qué son tan difíciles de evaluar la confiabilidad y la validez de las medidas proyectivas?
5. ¿Qué constituye y qué no constituye evidencia para un sesgo de la prueba?

RESEÑA DEL CAPÍTULO

Durante años ha sido común lamentar el estado deplorable de las pruebas psicológicas. Supuestamente, "nadie" las usa ya. Muchos académicos afirman que las pruebas en general, y las proyectivas en particular, no son válidas. Excepto quizá por el MMPI-2, dicen, las pruebas objetivas también están pasadas de moda. Otros aconsejan que los libros de texto como éste deberían reducir en forma drástica la cobertura de la evaluación de la personalidad. Sólo hay algo malo con las afirmaciones y consejos anteriores: no reflejan el mundo real de la práctica clínica. De hecho, la evaluación psicológica aún es una actividad frecuente del clínico profesional de hoy (véase, por ejemplo, Butcher, 1995a). Los resultados de encuestas con clínicos refuerzan la conclusión de que las pruebas proyectivas, las escalas Wechsler y el Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota aún son muy populares y que muchos clínicos dependen de las pruebas psicológicas (Watkins, Campbell, Nieberding y Hallmark, 1995). Como veremos más adelante, las pruebas en áreas de especialización —como psicología forense, psicología pediátrica, evaluación neuropsicológica y psicología de la salud— parecen estar mejorando. Incluso en el caso de las pruebas proyectivas (el "chivo expiatorio" favorito de muchos que afirman que las pruebas son un área en vías de desaparición), las tendencias de uso son muy fuertes.

Por tanto, cabe mencionar que los reportes de desaparición de la evaluación de la personalidad son un poco exagerados (Exner, 1995). La tabla 8-1 da una idea de las clases de pruebas en uso y la frecuencia de su utilización. Presenta una clasificación de los 20 principales procedimientos de

TABLA 8-1 Los veinte procedimientos de evaluación principales utilizados por los psicólogos clínicos

Prueba o procedimiento	*Porcentaje de psicólogos clínicos**
Entrevista clínica	95
Escala Wechsler de Inteligencia Para Adultos Revisada (WAIS-R)	93
Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, segunda edición (MMPI-2)	85
Métodos de frases incompletas	84
Prueba de Apercepción Temática (TAT)	82
Rorschach	82
Bender-Gestalt	80
Dibujos proyectivos	80
Inventario de Depresión de Beck	71
Escala Wechsler de Inteligencia para Niños, tercera edición (WISC-III)	69
Prueba de Rendimiento de Amplio Espectro Revisada (Wide Range Achievement Test-Revised; WRAT-R)	68
Escala Wechsler de memoria revisada	65
Prueba de Vocabulario sobre Dibujos de Peabody Revisada (Peabody Picture Vocabulary Test-Revised; PPVT-R)	50
Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (Millon Clinical Multiaxial Inventory-II; MCMI-II)	49
WPPSI-R	44
Prueba de Apercepción para Niños	42
Escala de Madurez Social de Vineland	42
Inventario de Personalidad para Adolescentes de Millon	40
Inventario de Intereses de Strong	39
Escala de Inteligencia Stanford-Binet	38

*Porcentaje de psicólogos clínicos que indicó que utilizaba la prueba o procedimiento al menos en forma "ocasional"
Fuente: adaptado de Watkins y cols. (1995), tabla 4, p. 57.

evaluación utilizados por una muestra de psicólogos clínicos seleccionados al azar (Watkins y cols., 1995).

Sin embargo, hay otras consideraciones importantes además de la frecuencia de uso. Dichas medidas deben mostrar niveles altos de confiabilidad y validez para ser útiles para los psicólogos clínicos. Una historia prolongada en la utilización relativamente carente de crítica de ciertas medidas de personalidad no justifica su uso en la actualidad. Por consiguiente, en este capítulo no sólo describiremos algunas de las medidas de personalidad objetivas y proyectivas más populares, sino que también evaluaremos en forma crítica sus propiedades psicométricas.



Las pruebas objetivas por escrito son económicas, fáciles de administrar y fáciles de calificar.
Photodisc.

Pruebas objetivas

Comenzaremos nuestro estudio de la evaluación de la personalidad con un examen de las pruebas objetivas. Las *medidas objetivas de personalidad* entrañan la administración de un conjunto estándar de preguntas o afirmaciones, a las que el examinado responde utilizando un conjunto fijo de opciones. Muchas pruebas objetivas utilizan un formato de respuesta verdadero/falso o sí/no; otras proporcionan una escala dimensional (por ejemplo, 0 = totalmente en desacuerdo ; 1 = desacuerdo; 2 = indiferente; 3 = acuerdo; 4 = totalmente de acuerdo). Las pruebas objetivas tienen ventajas y desventajas, como se comenta a continuación.

Algunas ventajas. Las pruebas objetivas de personalidad o inventarios de informe personal han tenido una función central en el desarrollo de la psicología clínica (Goldberg, 1971; R. I. Watson, 1959). La función histórica de los inventarios, al igual que su prominencia actual, se debe en gran parte a sus ventajas obvias. Primero que nada, son económicas. Después de sólo unas instrucciones breves, pueden examinarse grupos grandes en forma simultánea, o un solo paciente puede completar un inventario. Incluso es posible la calificación e interpretación por computadora de estas pruebas. Segundo, la calificación y aplicación son relativamente simples y objetivas. Esto, a su vez, tiende a facilitar la interpretación y parece requerir menos habilidad interpretativa de parte del clínico. A menudo es posible una puntuación simple a lo largo de una dimensión (como adaptación-desadaptación) o en un solo rasgo (como dependencia o psicopatía). Es obvio que esta simplicidad aparente atrae a muchos clínicos. Sin embargo, como veremos, rara vez una interpretación simple culmina en la validez que se afirma de ella. De hecho, esta simplicidad aparente conduce con frecuencia a un mal uso bastante extendido por parte de examinadores mal capacitados. Un atractivo final de los inventarios de informe personal, en particular para clínicos desencantados de los problemas inherentes de las pruebas proyectivas, es su aparente objetividad y confiabilidad.

Por supuesto, como sucede con mucha frecuencia, en el proceso de lograr las ventajas y economías anteriores, la psicología clínica parece haber cambiado un conjunto de problemas por otro. Los valores y la orientación teórica de una persona determinarán en última instancia si vale la pena el intercambio.

Algunas desventajas. A menudo los reactivos de muchos inventarios son de naturaleza conductual; es decir, las preguntas o afirmaciones se refieren a comportamientos que pueden caracterizar (o no) a quien responde. Los interesados en identificar motivos o dinámicas pueden obtener poco conocimiento por medio de tales reactivos. Por ejemplo, aunque dos individuos pueden aceptar el mismo reactivo conductual ("Tengo problemas para dormirme"), pueden hacerlo por razones diferentes. Por supuesto, para los clínicos que tienden a poner poca atención a las variables mediadoras como los motivos o las cogniciones, ésta es una virtud en lugar de un defecto.

Algunos inventarios contienen una mezcla de reactivos que tienen que ver con comportamientos, cogniciones y necesidades. Pero los inventarios a menudo proporcionan una sola puntuación general, la cual puede reflejar varias combinaciones de estos comportamientos, cogniciones y necesidades. Por consiguiente, dos individuos que logran la misma puntuación en realidad pueden ser bastante diferentes, incluso con referencia al rasgo o constructo de la personalidad en cuestión. Por tanto, la misma puntuación en una medida puede tener varias interpretaciones alternativas.

Otras dificultades comprenden el significado transparente de las preguntas de algunos inventarios, lo cual puede facilitar en forma obvia la falsificación por parte de algunos pacientes. Algunas pruebas tienden a depender mucho del conocimiento que el paciente tiene de sí mismo. Además, el enfoque de opción forzada impide que los individuos modifiquen o amplíen sus respuestas, de modo que puede perderse o distorsionarse alguna información adicional. En algunos casos, la comprensión limitada o incluso la capacidad de lectura reducida de algunas personas puede llevarlas a interpretar erróneamente las preguntas (una mala interpretación que no necesariamente será atribuible a determinantes de la personalidad) o a responder las preguntas en una forma aleatoria.

Métodos de construcción de pruebas objetivas

Ahora que tenemos alguna apreciación de las ventajas y limitaciones de las pruebas objetivas, es conveniente dirigir nuestra atención a los diversos métodos de construcción que se han utilizado a fin de elaborarlas. A lo largo de los años, se ha propuesto una variedad de estrategias para construir inventarios de informe personal.

Validación del contenido. El enfoque más sencillo para la medición es que los clínicos decidan qué desean evaluar y que luego pidan al paciente dicha información. Por ejemplo, la Hoja de datos personales Woodworth (Woodworth Personal Data Sheet) que se usó en la Primera Guerra Mundial era una especie de entrevista psiquiátrica estandarizada. El contenido se determinó por medio de un examen de la literatura psiquiátrica para identificar las principales manifestaciones de las "neurosis" y las "psicosis". Luego se construyeron reactivos que exploraban estas manifestaciones. En consecuencia, si el dominio de la neurosis o la psicosis (según las definía la literatura psiquiátrica) se muestreaba en forma adecuada, podía asumirse que la prueba era válida. "¿Duerme bien por la noche?", "¿Se enoja con facilidad?" y "¿Se ofende con facilidad?" eran considerados buenos reactivos si se relacionaban con lo que la opinión psiquiátrica prevaleciente consideraba como desadaptación.

Ahora bien, asegurar la validez del contenido es mucho más que sólo decidir qué desea evaluar y luego elaborar algunos reactivos que parezcan hacer el trabajo. Más bien, los métodos de *validación de contenido* más complejos comprenden 1) definir con meticulosidad todos los aspectos pertinentes de la variable que intenta medir; 2) consultar a expertos antes de generar reactivos; 3) usar jueces para evaluar la adecuación de cada posible reactivo a la variable de interés, y 4) utilizar análisis psicométricos a fin de evaluar cada reactivo antes de incluirlo en la medida (Haynes, Richard y Kubany, 1995; Nunnally y Bernstein, 1994).

Sin embargo, como observa Wiggins (1973), hay varios problemas potenciales inherentes en el enfoque de la validez de contenido para la construcción de la prueba. Primero, ¿los clínicos pueden suponer que cada paciente interpreta un reactivo determinado en la misma forma? Segundo, ¿los pacientes pueden reportar con precisión su comportamiento o emociones? Tercero, ¿los pacientes serán honestos o intentarán colocarse bajo una buena luz (o incluso a veces bajo una mala luz)? Cuarto, ¿los clínicos pueden suponer que puede contarse con los "expertos" para definir la esencia del concepto que están tratando de medir? La mayor parte de éstos parecen ser problemas generales para la mayoría de los inventarios, sin importar si dependen de un muestreo del contenido para establecer su validez.

Codificación por criterio empírico. En un intento por ayudar a remediar las dificultades anteriores, se desarrolló la *codificación por criterio empírico*. El ejemplo más prominente de este método general es el Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota (Minnesota Multiphasic Personality Inventory; MMPI) original. En este enfoque, no se hacen suposiciones respecto a si el paciente dice la verdad o si la respuesta concuerda con el comportamiento o los sentimientos. Lo que es importante es que ciertos pacientes se describen en ciertas formas. Como señaló Meehl (1945), "Por tanto, si un hipocondriaco dice que él [sic] tiene 'muchos dolores de cabeza', el hecho de interés es que dice esto" (p. 9).

La suposición importante inherente de este enfoque es que los miembros de un grupo de diagnóstico particular tenderán a responder en la misma forma. En consecuencia, no es necesario seleccionar reactivos de prueba de una manera teórica racional; basta mostrar con una base empírica que los miembros de un grupo de diagnóstico determinado responden ante cierto reactivo de un modo similar. Por ejemplo, si, en contraste con quienes responden que no tienen problemas clínicos, la mayoría de los individuos diagnosticados con psicopatía está de acuerdo con el reactivo "Crecí en una casa que tenía tres escalones en el porche del frente", entonces este reactivo es bueno debido a que es aprobado por miembros del grupo psicopático. Por tanto, independientemente del contenido superficial de un reactivo, la respuesta de prueba se vuelve un "signo" de la condición diagnóstica de una persona. La utilidad de un reactivo es determinada sólo por el grado en que discrimina entre grupos conocidos. La respuesta a la prueba no necesariamente es una *muestra* del comportamiento, porque el contenido del reactivo puede no asociarse en forma directa con los síntomas que caracterizan a los miembros de ese grupo de diagnóstico.

Por supuesto, el método de codificación por criterio empírico tiene sus problemas. Primero está la dificultad para interpretar el significado de una puntuación. Por ejemplo, suponga que algunos pacientes diagnosticados con esquizofrenia están respondiendo reactivos que pretenden colocarlos en alguna parte a lo largo de la dimensión adaptación-desadaptación. Suponga también que resulta que la mayoría de ellos proviene de familias menos educadas que los participantes en un grupo de comparación. Cuando estos pacientes con esquizofrenia aprueban el reactivo "Casi nunca leo libros", esta aprobación puede reflejar sus antecedentes educativos deficientes, más que su psicopatología. Aunque demostrar que la prueba puede discriminar entre varios grupos de pacientes es un aspecto del establecimiento de la validez de una prueba, no se recomienda usar sólo el método de codificación por criterio empírico a fin de elegir los reactivos para una prueba (Clark y Watson, 1995).

Análisis factorial. En estos días, la mayoría de los elaboradores de pruebas usan un enfoque analítico factorial (o de consistencia interna) para la construcción de pruebas (Clark y Watson, 1995; Floyd y Widaman, 1995). Los Inventarios Guilford (Guilford, 1959) son ejemplos históricos excelentes de un *enfoque analítico factorial*. Aquí, la idea es examinar las intercorrelaciones entre los reactivos individuales de muchos inventarios de personalidad existentes. Los análisis factoriales exitosos reducirán o "purificarán" las escalas que se piensa que reflejan dimensiones básicas de la personalidad. El enfoque del análisis factorial *exploratorio* es ateórico. Uno comienza capturando un universo de reactivos y luego procede a reducirlos a elementos básicos: personalidad, adaptación, afiliación diagnóstica o cualquier otra cosa, esperando llegar a los rasgos y dimensiones centrales de la personalidad. Los enfoques de análisis factorial *confirmatorio* son más dirigidos por una teoría y buscan confirmar una estructura factorial hipotética (basada en predicciones teóricas) para los reactivos de la prueba (Floyd y Widaman, 1995). Aunque una explicación detallada de los procedimientos de análisis factorial confirmatorio está fuera del alcance de este libro, anticipamos que un número creciente de psicólogos clínicos emplean el análisis factorial confirmatorio en la elaboración y valoración de medidas de evaluación objetivas.

La ventaja del enfoque analítico factorial para la construcción de pruebas es el énfasis en una demostración empírica de que los reactivos que pretenden medir una variable o dimensión de la personalidad se relacionan de manera considerable. Sin embargo, una limitación de este enfoque es que no demuestra por sí mismo que estos reactivos miden la variable de interés; sólo sabemos que los reactivos tienden a medir la misma "cosa".



TABLA 8-2 Estrategias para determinar la validez del reactivo de inventario "Desearía poder ser más feliz"

Estrategia	*El reactivo es válido si*
Validez de contenido	Las "autoridades" afirman que el reactivo es representativo del síndrome de depresión.
Codificación por criterio empírico	Este reactivo discrimina entre grupos deprimidos y no deprimidos.
Análisis factorial	El reactivo ha mostrado por medio del análisis factorial que se relaciona de manera significativa con un grupo homogéneo e independiente de reactivos que pretende medir la depresión.
Validez de constructo	El reactivo mide el constructo de depresión según se define teóricamente (la depresión implica una visión negativa de uno mismo; en este caso, verse infeliz).

Enfoque de validez de constructo. Combina muchos aspectos de la validez de contenido, codificación por criterio empírico y enfoques analíticos factoriales (Clark y Watson, 1995). En este enfoque, se elaboran escalas para medir conceptos específicos de una teoría determinada. En el caso de la evaluación de la personalidad, la intención es elaborar medidas ancladas en una teoría de la personalidad. La validación se logra cuando puede decirse que una escala dada mide el constructo teórico en cuestión. La selección de reactivos se basa en el grado en que reflejan el constructo teórico en estudio. El análisis de reactivos, el análisis factorial y otros procedimientos sirven para asegurar que se elabora una escala homogénea. La validez de constructo para la escala se determina demostrando, a través de una serie de estudios basados en la teoría, que quienes logran ciertas puntuaciones en la escala se comportan en situaciones que no son de prueba de un modo que podría predecirse a partir de su puntuación en la escala. Debido a su amplitud, el *enfoque de la validez de constructo* para la construcción de la prueba es el más deseable y el que requiere una labor más intensiva. De hecho, establecer la validez de constructo de una prueba es un proceso que nunca termina, con la retroalimentación empírica utilizada para refinar tanto la teoría como la medida de personalidad (Smith y McCarthy, 1995).

Para resumir e ilustrar, la tabla 8-2 bosqueja la validez de un reactivo que pretende medir la depresión de acuerdo con cada una de las cuatro estrategias de construcción de pruebas que se acaban de comentar. Ahora pasaremos a una exposición de varias de las principales medidas de personalidad objetivas disponibles para los psicólogos clínicos.

El MMPI y el MMPI-2

Durante mucho tiempo, el MMPI fue el mejor ejemplo del enfoque de codificación empírica para la construcción de pruebas. Más de 50 años después de su publicación por Hathaway y McKinley en 1943, todavía es considerado el inventario de informe personal preeminente. El MMPI se ha utilizado para casi todo propósito predictivo imaginable, que va desde la probabilidad de episodios de psicosis hasta la compatibilidad para el matrimonio. Lo que es más asombroso, Graham (1990) estima que se han publicado más de 10 000 estudios sobre el MMPI. A pesar de todo su éxito a lo largo de los años, se decidió que el MMPI necesitaba una actualización y reestandarización. El resultado fue el nuevo *MMPI-2* (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989).

Descripción: MMPI. Cuando Hathaway y McKinley elaboraron el MMPI, su propósito básico era identificar los diagnósticos psiquiátricos de los individuos. Los reactivos se recabaron a partir de pruebas de personalidad publicadas con anterioridad, de historias clínicas y de la experiencia clínica. Esta reserva de reactivos se aplicó a individuos sin problemas clínicos (más de 700 visitantes a hospitales de la Universidad de Minnesota) y

TABLA 8-3 Reactivos simulados del MMPI

Escalas clínicas	*Reactivos simulados (contestados como verdadero)*
Hipocondria (Hs) (Preocupación excesiva por las funciones corporales)	"A veces tengo retortijones fuertes en mis intestinos."
Depresión (D) (Pesimismo, desesperanza, disminución de la acción y el pensamiento)	"A menudo estoy muy tenso en el trabajo."
Histeria (Hy) (Uso inconsciente de problemas físicos y mentales para evitar conflictos o responsabilidad)	"En ocasiones hay un sentimiento como si algo estuviera presionando mi cabeza."
Desviación psicopática (Pd) (Despreocupación de las costumbres sociales, emociones superficiales, incapacidad para beneficiarse de la experiencia)	"Deseo que pudiera volver a hacer algunas de las cosas que he hecho."
Masculinidad-Feminidad (Mf) (Reactivos que diferencian entre papeles sexuales tradicionales)	"Solía gustarme bailar en mi clase de gimnasia."
Paranoia (Pa) (Suspicacia anormal, delirios de grandeza o de persecución)	"Me angustia que las personas tengan ideas equivocadas sobre mí."
Psicastenia (Pt) (Obsesiones, compulsividad, temores, culpa, indecisión)	"Las cosas que pasan por mi cabeza en ocasiones son horribles."
Esquizofrenia (Sc) (Pensamientos o comportamiento extraño e inusual, retraimiento, alucinaciones, delirios)	"Hay algunos afuera que quieren atraparme."
Hipomanía (Ma) (Excitación emocional, fuga de ideas, actividad excesiva)	"En ocasiones pienso tan rápido que no puedo seguirle el paso."
Introversión social (Si) (Timidez, desinterés por los demás, inseguridad)	"Me rindo con demasiada facilidad cuando discuto cosas con otros."

Fuente: derechos reservados 1943, renovados en 1967 por la University of Minnesota, publicado por The Psychological Corporation, Nueva York, NY. Todos los derechos reservados. Reproducido con autorización.

pacientes psiquiátricos (más de 800). Se usaron las siguientes categorías psiquiátricas: hipocondriasis (Hs), depresión (D), histeria (Hi), desviación psicopática (Pd), paranoia (Pa), psicastenia (Pt), esquizofrenia (Sc) e hipomanía (Ma). Más tarde se agregaron dos escalas adicionales, masculinidad y feminidad (Mf) e introversión social (Si). Es importante señalar que los nombres de estas escalas reflejan un sistema de clasificación diagnóstica que se utilizaba en las décadas de 1940 y 1950, pero ahora es anticuado. Para traducir estas denominaciones diagnósticas a términos más significativos, vea la tabla 8-3.

El MMPI original estaba compuesto por 550 reactivos a los que el paciente respondía "Verdadero", "Falso" o "No puedo decir". Sólo se incluyeron los reactivos que diferenciaban un grupo clínico determinado de un grupo no clínico. Por ejemplo, se conservaban los reactivos si distinguían individuos con depresión de sujetos no clínicos, o personas con esquizofrenia de individuos no clínicos, o gente con características psicopáticas de personas no clínicas. No se intentó seleccionar reactivos que diferenciaran una categoría diagnóstica de otra. Como resultado, algu-

nos reactivos tienden a correlacionarse en forma considerable y el mismo reactivo puede aparecer en varias escalas.

Existe una forma individual de la prueba en que los reactivos se imprimieron en tarjetas; en ella el individuo separaba las tarjetas de acuerdo con las categorías Sí, No, No puedo decir. También había una forma de grupo con reactivos impresos en un folleto de prueba; aquí las respuestas eran marcadas en una hoja de respuesta. Aunque la prueba se diseñó para personas de 16 años en adelante, se ha utilizado con individuos considerablemente menores. La prueba se calificaba con una máquina o a mano. En efecto, era posible aplicar, calificar e interpretar el MMPI por computadora (Dunn, Lushene y O'Nell, 1972).

Descripción: MMPI-2. La muestra de estandarización del MMPI original ha sido criticada durante muchos años por no ser representativa de la población general de Estados Unidos. Los participantes provenían en gran medida del área de Minneapolis. Todos eran blancos, con un promedio de ocho años de educación; tenían 35 años, eran casados y provenían de poblados pequeños. El lenguaje de muchos de los reactivos se había vuelto obsoleto y algunos contenían lenguaje sexista. Otros reactivos hacían referencias inapropiadas a creencias religiosas cristianas y en ocasiones parecían enfatizar en forma excesiva las funciones sexuales, intestinales y de la vejiga. Varios reactivos incluso tenían faltas de ortografía y gramaticales. Por último, muchas personas sentían que los reactivos no abordaban de manera adecuada comportamientos como el suicidio o el uso de drogas. En general, parecía el momento adecuado para una revisión (Graham, 1990).

Para la reestandarización se conservaron los 550 reactivos, pero 82 se redactaron de nuevo (aunque la mayor parte de los cambios fueron pequeños). Se conservó el significado original de los reactivos, pero el lenguaje se hizo más contemporáneo. Además, se agregaron 154 reactivos a la reserva de reactivos, lo que da el total de 704 reactivos. Después de los ajustes, la versión final del MMPI-2 incluye 567 de la reserva mayor de 704 reactivos. Sin embargo, sólo se aplican los primeros 370 que aparecen en el folleto de prueba cuando sólo son de interés las escalas de validez y clínicas tradicionales.

Los participantes para la muestra de reestandarización provenían de Minnesota, Ohio, Carolina del Norte, Washington, Pennsylvania, Virginia y California, y la muestra se basó en los datos del Censo de 1980 de Estados Unidos. La muestra final contenía 1 138 hombres y 1 462 mujeres. La composición racial era la siguiente: blancos, 81%; afroamericanos, 12%; hispanos, 3%; nativos americanos, 3%; americanos de ascendencia asiática, 1%. La edad de los participantes abarcaba de los 18 a los 85 años y su educación formal iba de 3 años o menos a 20 años o más. Alrededor de 3% de los hombres y de 6% de las mujeres informaron estar en tratamiento por problemas de salud mental en el momento de la prueba.

Los autores del MMPI-2 afirman que puede utilizarse con individuos que tengan al menos 13 años y/o que puedan leer con un nivel de octavo grado. Puede aplicarse en forma individual o de grupo. A diferencia del MMPI, el MMPI-2 sólo tiene un formato en folleto. Puede calificarse por computadora y se dispone de versiones de la prueba en otros idiomas aparte del inglés. Por último, también se dispone de una versión del MMPI-2 elaborada para adolescentes (MMPI-A; Butcher y cols., 1992).

Escalas de validez. Un problema potencial con los inventarios de informe personal, incluyendo el MMPI-2, es su susceptibilidad a la distorsión por medio de varias actitudes o clases de respuestas de quienes contestan la prueba. Por ejemplo, algunos que responden pueden desear ponerse bajo una luz favorable; otros pueden "fingir estar mal" a fin de incrementar la probabilidad de recibir ayuda, simpatía o quizá causar baja del servicio militar; otros más parecen tener la necesidad de estar de acuerdo con casi todos los reactivos, sin importar su contenido. Es obvio que si el clínico no se percata de estos estilos de respuesta en un paciente determinado, la interpretación de la prueba puede tener un error craso.

Para ayudar a detectar la simulación ("fingir estar mal"), otros estilos de respuesta o actitudes ante la prueba, y el descuido o la incomprensión, el MMPI-2 conserva las cuatro *escalas de validez* tradicionales que se incluyeron en el MMPI original.

1. *Escala ? (No puedo decir).* Es la cantidad de reactivos que se dejan sin responder.

PERFIL 8-1

Yossef S. Ben-Porath, Ph. D.



El doctor Yossef Ben-Porath es un profesor asociado de psicología en Kent State University que se especializa en evaluación psicológica, en particular en el uso del MMPI-2 y MMPI-A en escenarios clínicos y forenses. Además, estudia el uso de computadoras en la evaluación psicológica y la manera en que los individuos afrontan varias formas de estrés. El doctor Ben-Porath es autor de numerosos artículos, capítulos de libros y libros sobre evaluación psicológica, y con frecuencia dirige talleres sobre las aplicaciones clínicas del MMPI-2 y el MMPI-A. Por último, en la actualidad es editor asociado de la revista *Psychological Assessment* y es director asociado de capacitación clínica en la Kent State University. Tuvimos oportunidad de plantearle varias preguntas relacionadas con sus antecedentes, actividades y predicciones para el futuro.

¿Por qué se interesó en un principio en la psicología clínica?

Me interesé en la psicología clínica cuando estudiaba la licenciatura de psicología en la Universidad de Haifa en Israel. Los cursos de psicología anormal y de la personalidad picaron mi interés, y las oportunidades para participar en proyectos de investigación en esta área guiaron mi decisión de seguir un posgrado en psicología clínica. Uno de mis profesores de licenciatura, el doctor Moshe Almagor, había obtenido hacía poco su título de doctorado en la Universidad de Minnesota y estaba investigando en el área de la evaluación de la personalidad clínica. Encontré intrigante esta investigación debido a su naturaleza aplicada y a sus significados para la práctica clínica. Con el tiempo también recibí mi capacitación de posgrado en psicología clínica en la Universidad de Minnesota.

Describa en qué actividades participa como psicólogo clínico.

Mis actividades principales como psicólogo clínico se relacionan con mis deberes como miembro del personal docente en el departamento de psicología de la Kent State University. En Kent, doy varias clases de psicología en licenciatura y posgrado, superviso las actividades de investigación de estudiantes que van desde alumnos de licenciatura que realizan investigación para titularse hasta estudiantes de posgrado que trabajan en sus tesis de doctorado, y realizo mis propias investigaciones. También superviso la evaluación y los componentes de colocación de campo en la comunidad de nuestros estudiantes graduados de psicología clínica. Soy editor asociado de una revista de investigación, *Psychological Assessment*. Esto significa enviar los artículos que los investigadores desearían publicar en la revista a expertos en el área para que los revisen y luego decidir, con base en sus evaluaciones, cuáles artículos recomendar para su publicación. También llevo a cabo talleres de educación continua para psicólogos profesionistas en diferentes partes del país y en ocasiones en otras naciones. Además de mi trabajo en la universidad, tengo una práctica clínica de tiempo parcial de psicología forense. Mis actividades clínicas comprenden la realización de diversas evaluaciones ordenadas por los tribunales, incluyendo exámenes de la competencia para enfrentarse a un juicio de los acusados y alegatos de inocencia por razones de locura, y evaluaciones de internamiento.

¿Cuáles son sus áreas particulares de experiencia o interés?

Mi interés primario está en la evaluación clínica. Mi área de experiencia es el uso del MMPI-2 y el MMPI-A en la evaluación psicológica aplicada. Mi investigación está diseñada para proporcionar datos empíricos a fin de guiar a los psicólogos que

utilizan estos instrumentos en una variedad de escenarios aplicados. Las aplicaciones específicas de estas pruebas incluyen la identificación de la simulación y la expansión de la base de datos sobre rasgos, síntomas y comportamientos que se asocian con ciertas puntuaciones en los instrumentos. También estoy interesado en examinar si es necesario interpretar la prueba en forma diferente en varios escenarios, como los pacientes internos y externos en los centros de salud mental o en escenarios forenses y correccionales.

¿Cuáles son las tendencias que ve para la psicología clínica?

La tendencia principal que veo es un alejamiento del suministro de servicios clínicos directos. Es probable que las presiones para la contención de costos en los servicios subsidiados de salud, aunadas a la ausencia de evidencia empírica clara de que los psicólogos clínicos con nivel de doctorado son más efectivos que los suministradores de servicios menos costosos como los consejeros y trabajadores sociales con nivel de maestría, darán como resultado menos psicólogos clínicos que trabajen como terapeutas de tiempo completo ya sea en dependencias comunitarias o en prácticas privadas. En lugar de ello, los psicólogos clínicos serán llamados cada vez más a aplicar su capacitación y experiencia en la investigación para asistir en la elaboración y evaluación de programas. De manera específica, participarán en el desarrollo de métodos para identificar necesidades de tratamiento y para evaluar el progreso y resultado del tratamiento en las dependencias u organizaciones que los empleen. Además, es probable que intervengan cada vez más en la práctica forense que requiere el nivel más alto posible de capacitación y experiencia.

¿Cuáles son las tendencias futuras que ve en la investigación sobre el MMPI-2?

La tendencia más emocionante que preveo para la investigación y aplicación del MMPI-2 es la creciente incorporación de la tecnología de las computadoras en la aplicación, calificación e interpretación de la prueba. En el presente, existen programas de cómputo para lograr estas tres tareas. Sin embargo, la mayor parte de las pruebas con el MMPI-2 todavía se realiza por escrito y la mayor parte de la interpretación la realizan psicólogos clínicos individuales. Cuando se usa una computadora para aplicar la prueba, sirve como un sustituto del folleto de la prueba convencional. En el futuro, el MMPI-2 se aplicará en forma adaptativa, de modo que reduzca el número de reactivos a los que sean necesarios para responder cuestiones de evaluación específicas planteadas por el psicólogo. Las computadoras se volverán esenciales en la interpretación del MMPI-2 debido al volumen siempre creciente de datos que deben considerarse al generar una interpretación de la prueba basada en forma empírica.

2. *Escala F (Infrecuencia).* Estos 60 reactivos rara vez se contestaron en la dirección calificada por el grupo de estandarización. Una puntuación F alta puede sugerir patrones de respuesta desviado, comportamiento aberrante en forma marcada u otras hipótesis acerca de características o comportamientos ajenos a la prueba.
3. *Escala L (Mentira).* Ésta incluye 15 reactivos cuya aprobación coloca a quien responde bajo una luz muy positiva. Aunque es poco probable aprobar verazmente los reactivos con tanta frecuencia. Por ejemplo, "Me agradan todos los que conozco".
4. *Escala K (Defensividad).* Estos 30 reactivos sugieren defensividad para admitir ciertos problemas. Pretenden detectar cuándo se "finge estar bien", pero lo hacen de manera más sutil que los reactivos de la escala L o F. Por ejemplo, "La crítica de los demás nunca me molesta".

Además de las cuatro escalas de validez tradicionales, pueden calificarse tres escalas de validez "nuevas" en el MMPI-2.

5. *Escala F_b (Infrecuencia de la última página).* Estos 40 reactivos que se presentan cerca del final el MMPI-2 rara vez son aprobados.
6. *Escala VRIN (Inconsistencia de respuesta variable, por sus siglas en inglés).* Consiste en 67 pares de reactivos con contenido similar u opuesto. Las

puntuaciones VRIN altas sugieren una respuesta aleatoria a los reactivos del MMPI-2.

7. *Escala TRIN (Inconsistencia de respuesta verdadera).* Ésta consta de 23 pares de reactivos que son opuestos en contenido. Las puntuaciones TRIN altas sugieren una tendencia a dar respuestas "Verdadero" en forma indiscriminada; las puntuaciones TRIN bajas señalan una tendencia a dar respuestas "Falso" de manera indiscriminada.

Estas siete escalas de validez del MMPI-2 proporcionan un medio para entender las motivaciones y actitudes de respuesta a la prueba de quienes la contestan. Por ejemplo, es probable que las escalas L (mentira) o K (defensividad) detecten los intentos por presentarse bajo una luz demasiado favorable (Baer, Wetter y Berry, 1992), mientras que la tendencia a exagerar los problemas o síntomas de uno por lo general da como resultado elevaciones en las escalas F (infrecuencia) y F_b (infrecuencia de la última página) (Berry, Baer y Harris, 1991; Rogers, Bagby y Chakraborty, 1993; Wetter, Baer, Berry, Smith y Larsen, 1992; Wetter, Baer, Berry, Robison y Sumpter, 1993). Por último, las escalas VRIN y TRIN son indicadores útiles de una respuesta aleatoria o de responder verdadero (o falso) a la mayor parte de los reactivos, respectivamente (Berry y cols., 1992; Tellegen y Ben-Porath, 1992).

Formas cortas. Con el transcurso de los años ha aparecido una variedad de formas cortas del MMPI. Dichas escalas lo acortan a bastante menos de los 550 reactivos tradicionales. Aunque pueden lograrse economías en el tamizado o una clasificación rápida con su uso, también puede esperarse alguna pérdida de su poder interpretativo. Todavía no se resuelven controversias como la que existe entre Butcher, Kendall y Hoffman (1980), quienes recomiendan precaución en el uso de las formas cortas del MMPI, y Newmark, Woody, Finch y Ziff (1980), quienes presionan acerca de la utilidad de ciertas formas cortas. En cuanto al MMPI-2, tanto Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer (1989) como Butcher, Graham y Ben-Porath (1995) continúan cuestionando el uso de formas cortas.

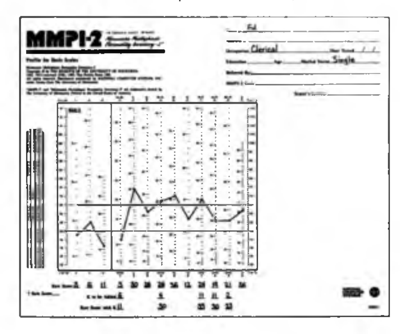
Interpretación por medio de patrones: análisis de perfiles. Debido a que las escalas originales se elaboraron para predecir una clasificación psiquiátrica, el uso inicial del MMPI dependía de interpretaciones simples basadas en puntuaciones elevadas en las escalas; es decir, si una puntuación en la escala Sc estaba muy elevada, esto sugería un diagnóstico de esquizofrenia. Sin embargo, la experiencia clínica enseñó pronto que estas interpretaciones compartimentalizadas eran simplificaciones excesivas. Algunas personas no clínicas que la respondían obtenían puntuaciones Sc altas, al igual que otros grupos de diagnóstico.

Ahora la interpretación ha cambiado a un examen de patrones, o "perfiles", de puntuaciones. Por ejemplo, los individuos que producen elevaciones en las primeras tres escalas clínicas (Hs, D, Hi), tienden a presentar malestares somáticos y síntomas depresivos y a menudo reciben diagnósticos de trastorno somatoforme, de ansiedad o depresivo. Las elevaciones en las escalas 6 (Pa) y 8 (Sc) sugieren suspicacia extrema y procesos de pensamiento psicótico potencial; estas características se encuentran entre individuos diagnosticados con esquizofrenia paranoide.

Interpretación por medio del contenido. Para que no concluya que sólo pueden resultar denominaciones diagnósticas del análisis de un perfil, considere el siguiente extracto de una preparación previa a la terapia basada en el perfil MMPI-2 mostrado en la figura 8-1 (Butcher, 1990):

> Ed enfocó la prueba de una manera franca y abierta, produciendo un perfil MMPI-2 válido... Relató diversos problemas de adaptación psicológica y al parecer busca ayuda para superarlos. El perfil clínico del MMPI-2 resalta diversos problemas y síntomas que Ed experimentaba en el momento de su primera sesión de tratamiento. Reportó estar deprimido y ansioso respecto a su situación y relató sentirse tenso, solitario e inseguro. Al parecer tenía gran dificultad para concentrarse en su trabajo y era indeciso. No tenía entusiasmo por la vida y estaba preocupado por su incapacidad para lograr metas personales. La puntuación relativamente alta en la escala desviación psicopática (Pd) refleja actitudes rebeldes y conflicto familiar (la Escala de problemas familiares Harris-Lingoes: [Harris-Lingoes Family Problems Scale], Pd1, fue

FIGURA 8-1 El caso de Ed: un perfil clínico del MMPI-2 previo al tratamiento



T = 69). Parece ser un joven algo pasivo que reportó ser tímido y aislado. (p. 12)

Por tanto, una mejora importante en el uso clínico del MMPI y el MMPI-2 ha sido el cambio del diagnóstico psiquiátrico diferencial basado en la evaluación de una sola puntuación por un análisis de perfil más elaborado de las puntuaciones de las escalas consideradas como medidas de rasgos de personalidad.

Para el MMPI-2, también se ha elaborado una variedad de escalas de contenido (Butcher, Graham, Williams y Ben-Porath, 1990). Por ejemplo, ciertos reactivos pueden ayudar a identificar temores, preocupaciones de salud, cinismo, personalidad tipo A, etcétera. Estas escalas permiten al clínico pasar de las simples denominaciones diagnósticas a un nivel de interpretación más dinámico. Tomemos el siguiente ejemplo de Graham (1990):

Problemas familiares (Family Problems; FAM) las puntuaciones altas en FAM indican personas que

1. Describen una discordia considerable en sus familias actuales y/o en sus familias de origen
2. Describen a sus familias como carentes de amor, comprensión y apoyo
3. Resienten las demandas y consejos de sus familias
4. Se sienten enfadados y hostiles hacia sus familias
5. Ven las relaciones matrimoniales como algo que supone infelicidad y falta de afecto (p. 137)

Escalas complementarias. Además de las escalas de validez estandarizadas, las escalas clínicas y las escalas de contenido, la reserva de reactivos del MMPI-2 se ha utilizado para elaborar otras numerosas escalas. Hace

muchos años, Dahlstrom, Welsh y Dahlstrom (1972, 1975) señalaron 450 escalas complementarias del MMPI, ¡que van desde dominación y suspicacia hasta éxito en el básquetbol! Para el MMPI-2, se han elaborado 12 escalas complementarias hasta la fecha. Unos cuantos ejemplos son ansiedad, represión, fuerza del yo, dominancia y responsabilidad social. Es probable que se elaboren en el futuro muchas más escalas complementarias (Butcher y cols., 1995).

Evaluación condensada del MMPI y el MMPI-2

Tamizado. Muchos clínicos se ven atraídos por el MMPI-2 debido a sus capacidades de tamizado. Cuando se necesita información sobre la gravedad de los problemas de un paciente o cuando hay que generar hipótesis sobre el estado diagnóstico de éste, el MMPI-2 puede ser una ventaja valiosa. Por consiguiente, cuando se están tamizando grupos de pacientes, puede ser útil y eficiente como un auxiliar para el diagnóstico de trastorno mental o como un generador de hipótesis. El MMPI-2, sin embargo, es bastante largo. Para muchos propósitos de tamizado, puede ser innecesario un inventario de informe personal que consuma tanto tiempo. Por ejemplo, si un clínico sólo desea tamizar los clientes nuevos en busca de depresión, podría convenirle un inventario mucho más corto que el MMPI-2. Los reactivos del MMPI-2 miden una amplia gama de síntomas y sólo una minoría de éstos se relaciona con la depresión. La amplitud del MMPI-2 es una ventaja y una desventaja.

La cuestión de la dinámica de la personalidad. El MMPI-2 es *ateórico* (Butcher, 1995c; Helmes y Reddon, 1993). Para los clínicos que tienen una orientación psicodinámica o que buscan comprender a sus pacientes por medio de la interacción sutil de características de la personalidad generales y determinantes situacionales, puede ser que el MMPI-2 no sea el instrumento de elección. Principalmente, el MMPI-2 es una medida de varios síntomas de psicopatología. Aunque las características exploradas por los reactivos del MMPI-2 pueden sugerir ciertos rasgos o estilos de personalidad, no se elaboró con constructos de personalidad en mente. ¿Ayuda a la descripción de la personalidad, la planeación de la psicoterapia o muchas otras predicciones que el clínico debe enfrentar en las interacciones diarias con el paciente? Muchos cuestionarían la contribución del MMPI-2 a las decisiones clínicas en curso una vez que se ha seleccionado la categoría de diagnóstico inicial. Sin embargo, Butcher (1990, 1995c) afirmaría que el MMPI-2 es un auxiliar valioso en la planeación y evaluación de los efectos del tratamiento.

Confiabilidad y validez. Como se señaló antes, ha habido más de 10 000 estudios publicados del MMPI. Aparte de los comentarios ya hechos, los autores de este libro de texto no tienen la temeridad de "resumir" esta investigación voluminosa. Sin embargo, los siguientes comentarios contienen algo del sabor de la investigación sobre el MMPI.

Cuando el MMPI "se usa en la manera para la que fue diseñado y validado, es probable que sus propiedades psicométricas sean adecuadas para propósitos clínicos o de investigación" (Parker, Hanson y Hunsley, 1988, p. 373). No obstante, puede haber algo de debate acerca de esos propósitos exactos. En cualquier caso, el metaanálisis de Parker, Hanson y Hunsley manifestó que la confiabilidad, estabilidad y validez del MMPI es aceptable, en particular cuando hay un fundamento teórico o empírico para el MMPI. Un análisis reciente de estos datos metaanalíticos del MMPI apoyó esta conclusión (Garb, Florio y Grove, 1998). La cuestión última, entonces, no es si el MMPI es válido. Más bien, ¿para qué propósitos específicos es válido?

Hay muchos casos en que puede parecer que las escalas específicas no funcionan muy bien. Por ejemplo, Gottesman y Prescott (1989) examinaron la investigación sobre la Escala MacAndrew del MMPI original (una escala diseñada para clasificar individuos con problemas de alcohol) y terminaron exigiendo que se suspendiera su uso porque los datos eran muy débiles.

Otras dos cuestiones relacionadas con la validez de las puntuaciones del MMPI-2 también son importantes. Aunque lo presentaron en el contexto de la elaboración de "nuevas" escalas complementarias del MMPI-2, Butcher y sus colaboradores (1995) señalaron la necesidad de establecer la *validez*

incremental de una escala, al igual que la *validez de las puntuaciones de corte (umbrales)*. La validez incremental es apoyada si las puntuaciones de la escala proporcionan información sobre el comportamiento, características de la personalidad o características de la psicopatología de una persona que no proporcionan otras medidas. ¿Las puntuaciones del MMPI-2 transmiten información pertinente para la psicopatología o personalidad que no pueden ofrecer otras medidas? Esta cuestión de la validez incremental tiende a descuidarse en todas las pruebas psicológicas, incluyendo el MMPI-2.

Al igual que con la validez de las puntuaciones de corte, es importante tener en cuenta que la puntuación de corte óptima (en función de la maximización de las decisiones correctas en cuanto a cuáles pacientes tienen el trastorno o rasgo en cuestión, dadas sus puntuaciones en la medida) variará, dependiendo de la naturaleza de la población o pacientes muestreados. Las puntuaciones de corte que ofrecen los manuales de prueba se derivaron de cierta población, la cual puede ser parecida o no a la población de pacientes con que trabaja un clínico. Los cortes del MMPI-2 (puntuación *T* de 65 o mayor) se derivaron usando la distribución de puntuaciones de la muestra normativa. Por consiguiente, pueden ser apropiados o no en ciertos contextos clínicos.

Selección de personal y sesgos. Los avances recientes en nuestra sociedad también han creado problemas para el MMPI-2. La falta de confianza en nuestras instituciones sociales y las preocupaciones de las minorías se han reflejado en críticas a la prueba. Por ejemplo, el MMPI-2 ha sido elogiado por su enfoque de codificación por criterio empírico, el cual funciona bien para quienes lo entienden. Pero, ¿qué pasa con las personas que no saben nada de codificación por criterio o de psicometría pero desean trabajar para la Corporación X? Suponga que estos individuos no obtienen un empleo después de contestar el MMPI-2. ¿Qué les diremos cuando demanden saber qué tienen que ver con la contratación reactivos como "Suelo llevar un diario" o "Mi vida sexual es satisfactoria"? Para la persona que busca terapia, una prueba como el MMPI-2 puede ser aceptable. Sin embargo, para uno que contesta la prueba en un escenario de personal, puede parecer una invasión a la intimidad (Butcher, 1971).

Dada la naturaleza de la muestra original con que se validó el MMPI, se han planteado dudas respecto a si el instrumento puede estar "sesgado" contra ciertos grupos étnicos y raciales. Éste ha sido un fuerte debate a lo largo de los años (por ejemplo, Gynther, 1972; Gynther y Green, 1980; Pritchard y Rosenblatt, 1980). Algunos estudios han encontrado diferencias significativas en las puntuaciones entre grupos raciales, mientras que otros no las han hallado. Ahora bien, es importante tener en cuenta que una diferencia significativa entre las puntuaciones medias para grupos de personas, por sí solas, *no* indican sesgo de la prueba. Más bien, el *sesgo de la prueba* se refiere a una situación en que se toman decisiones o se hacen predicciones diferentes para miembros de dos grupos, aun cuando obtengan la misma puntuación (Anastasi, 1988). Regresaremos a este problema general más adelante en este capítulo. Hasta donde sabemos, ha habido muy pocos estudios publicados que evalúen la posibilidad de sesgo de la prueba para el MMPI-2. Es alentador que, hasta la fecha, estos pocos estudios no hayan encontrado evidencia que sugiera que el uso del MMPI-2 para ciertos propósitos dé como resultado un sesgo contra ciertos grupos étnicos o raciales (por ejemplo, Timbrook y Graham, 1994).

Preocupaciones acerca del MMPI-2. Las razones que incitaron la revisión del MMPI fueron laudables en general. Sin duda, no obstante, algunos clínicos parecen estar nerviosos respecto al MMPI-2. Es probable que algunas de estas preocupaciones disminuyan conforme los psicólogos clínicos se familiaricen con la revisión. No obstante, aquí hay una muestra de las quejas y reservas que se han expresado sobre el MMPI-2:

1. La muestra normativa, comparada con los datos del Departamento del Censo de Estados Unidos, tiene una educación demasiado alta. Sólo 5% de los que respondieron el MMPI-2 en la muestra normativa tenían menos que una educación universitaria ¡y 45% de los normales que respondieron tenía educación universitaria! La escolaridad puede explicar mucha de la varianza en las puntuaciones de los pacientes psiquiátricos.
2. ¿Toda la investigación anterior sobre el MMPI es aplicable al nuevo MMPI-2?

3. ¿Se hicieron revisiones "innecesarias"?
4. Los criterios para la inclusión de personas "normales" que respondieran la prueba son misteriosos.
5. Algunas personas a las que se administraron ambas versiones de la prueba muestran problemas psicológicos en una versión y no en la otra.
6. Las puntuaciones por lo general son inferiores en el MMPI-2 en comparación con el MMPI.
7. La validez de las nuevas escalas de contenido es poco clara.
8. En cierto modo, muchas escalas en el MMPI-2 son poco confiables a lo largo del tiempo.
9. La consistencia interna de varias escalas del MMPI-2 es bastante baja.
10. Aún hay demasiada superposición de los reactivos entre las escalas, lo que dificulta la interpretación de los resultados de los estudios.

A pesar de estas limitaciones y preocupaciones, el MMPI y el MMPI-2 aún son los "puntos de referencia" para los inventarios de informe personal que miden psicopatología o personalidad. Es probable que el MMPI-2 disfrutará del mismo éxito que su predecesor. Sin embargo, como sucede con cualquier instrumento, es importante que los psicólogos clínicos aprecien las limitaciones potenciales al igual que las ventajas de esta medida popular.

Inventario de personalidad NEO revisado

Descripción. El *Inventario de personalidad NEO revisado (Revised NEO-Personality Inventory; NEO-PI-R)* (Costa y McCrae, 1992) es una medida de informe personal de características de la personalidad que comprende un modelo de personalidad influyente conocido como *modelo de los cinco factores* (Goldberg, 1993). El modelo de los cinco factores ha evolucionado a lo largo de las cuatro décadas pasadas (Digman, 1990) y tiene sus raíces tanto en la tradición léxica (el análisis

ncuentran en el inglés

y en otros idiomas) como en la tradición analítica factorial en la investigación de la personalidad. Según son operacionalizados por el NEO-PI-R, los cinco factores o *dominios* son neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, conformidad y escrupulosidad. Cada dominio tiene seis *facetas* o subescalas, rasgos de personalidad que representan varios aspectos de cada dominio. La tabla 8-4 presenta las facetas que representan cada dominio.

El NEO-PI-R consta de 240 reactivos (ocho para cada una de las 30 facetas o 48 para cada uno de los cinco dominios). Los individuos estiman cada una de las 240 afirmaciones en una escala de cinco puntos (desacuerdo total, desacuerdo, neutral, acuerdo, acuerdo total). La investigación que condujo a la elaboración del NEO-PI-R comenzó en los setenta. En esa época, no hubo un consenso claro respecto a cuál modelo o sistema de la personalidad proporcionaba la descripción más útil y amplia de las características de la personalidad. Costa y McCrae se convencieron de que había más acuerdo entre los diversos modelos competidores de la personalidad respecto a dimensiones de orden superior (como neuroticismo o extraversión) que la que había para los rasgos de nivel inferior que los comprenden (las facetas de cada una de las dimensiones). Por esta razón, adoptaron un enfoque "descendente" en la construcción de su inventario. Comenzaron por seleccionar los factores o dimensiones de orden superior de la personalidad que fueran de mayor importancia y utilidad (con base en revisiones de la literatura al igual que de su propia investigación empírica). Luego identificaron los rasgos, o facetas, comprendidos en cada dimensión principal. La versión original de su instrumento sólo evaluaba tres de los cinco factores (neuroticismo, extraversión y apertura); el NEO-PI-R evalúa los cinco dominios del modelo de cinco factores e incluye escalas de faceta para cada uno.

El NEO-PI-R se elaboró usando una estrategia de construcción de pruebas empírico-racional que enfatizó la validez de constructo. Cada rasgo de personalidad que se incluía se identificaba, definía y analizaba, de modo que pudieran generarse los reactivos que miden varios aspectos del rasgo. La selección final de los reactivos se basó en el desempeño empírico; es decir, se conservaron los más confiables y válidos. Además, se realizaron análisis factoriales para asegurar que los reactivos estuvieran cargados con sus respectivos factores.

Alrededor de la mitad de los reactivos del NEO-PI-R se califica a la inversa; es decir, las puntuaciones más bajas son más indicativas del rasgo en cuestión. Esto se hizo para enfrentar un sesgo de asentimiento potencial (o decir no), el cual puede presentar problemas para los inventarios en que todos o la mayor parte de los reactivos están codificados en la misma dirección. En dichos inventarios, las puntuaciones altas pueden deberse a asentimiento o al nivel real

TABLA 8-4 Dominios y facetas de la personalidad medidos por el NEO-PI-R

Dominio	Facetas
Neuroticismo	Ansiedad, hostilidad, depresión, timidez, impulsividad, vulnerabilidad
Extraversión	Cordialidad, gregarismo, asertividad, actividad, búsqueda de excitación, emociones positivas
Apertura a la experiencia	Fantasía, estética, sentimientos, acciones, ideas, valores
Conformidad	Confianza, sinceridad, altruismo, obediencia, modestia, ternura
Escrupulosidad	Competencia, orden, sumisión, lucha por el logro, autodisciplina, deliberación

del rasgo en cuestión, de suerte que la interpretación de una puntuación elevada es problemática. Uno de los aspectos más controvertidos del NEO-PI-R es su falta de una escala de validez (o conjunto de escalas) para evaluar los enfoques de respuesta a la prueba de quienes la contestan. En lugar de ello, tiene tres reactivos individuales que evalúan la validez de las respuestas. Uno pide a quienes responden que indiquen si han contestado en forma honesta y precisa, otro les pregunta si han respondido todos los reactivos y el último evalúa si las respuestas se han colocado en los espacios correctos.

Normas. Las normas adultas se basan en un total de 500 hombres y 500 mujeres extraídos de varias muestras de residentes de comunidades. La muestra normativa se aproxima bastante a las proyecciones del Departamento del Censo de Estados Unidos para 1995 en la distribución de grupos de edad y raciales. El manual del NEO-PI-R también presenta datos normativos para estudiantes universitarios.

Confiabilidad y estabilidad. Las puntuaciones del NEO-PI-R muestran niveles excelentes de consistencia interna y confiabilidad test-retest. Los coeficientes de consistencia interna varían de .86 a .92 para las escalas de dominio, y de .56 a .81 para las escalas de faceta. Un estudio reciente de pacientes clínicos externos reportó coeficientes de confiabilidad test-retest en seis meses que variaban de .76 a .84 para las puntuaciones de dominio (Trull, Useda, Costa y McCrae, 1995). La confiabilidad test-retest ha sido alta en forma impresionante durante periodos de hasta 6 años.

Estructura factorial. Los análisis factoriales han apoyado, en general, la hipótesis de la estructura de cinco factores del NEO-PI-R. Esto es así ya sea que se utilicen en los análisis las puntuaciones de reactivos o las puntuaciones de facetas (Costa y McCrae, 1992).

Validez. El manual del NEO-PI-R (Costa y McCrae, 1992) presenta una variedad de evidencia que atestigua la validez de las puntuaciones del instrumento. Las puntuaciones de dominio y de faceta del NEO-PI-R han mostrado que se relacionan en formas predecibles con puntuaciones de rasgos de personalidad de una variedad de medidas de personalidad, informes de compañeros y listas de comprobación de adjetivos.

Aplicaciones clínicas. Aunque el NEO-PI-R se elaboró a partir de un modelo de personalidad "normal", los investigadores han comenzado a evaluar la utilidad de este instrumento en muestras clínicas. Debido a que los trastornos de personalidad del Eje II comprenden, por definición, rasgos de personalidad desadaptativos (es decir, variantes extremas de rasgos de personalidad que son comunes en todos los individuos), estos trastornos representan una aplicación obvia de instrumentos del modelo de cinco factores como el NEO-PI-R. Varios estudios han apoyado la utilidad del NEO-PI para caracterizar trastornos de la personalidad (por ejemplo, Schroeder, Wormworth y Livesley, 1992; Trull, 1992; Trull y cols., 1995). Ade-

más, los investigadores están comenzando a evaluar la utilidad de los instrumentos del modelo de cinco factores como el NEO-PI-R para evaluar características de personalidad de individuos con trastornos del estado de ánimo, ansiedad y uso de sustancias del Eje I (Trull y Sher, 1994). En conjunto, estos estudios sugieren que el NEO-PI-R e instrumentos relacionados son promisorios en el área de la evaluación clínica.

Formas alternas. Una forma corta de 60 reactivos del NEO-PI-R, conocida como Inventario NEO de Cinco Factores (NEO-Five Factor Inventory: NEO-FFI), puede ser útil en situaciones en que se desea una medida relativamente corta de las cinco dimensiones principales de la personalidad; el NEO-FFI no contiene escalas de facetas. Otra versión del NEO-PI-R, conocida como Forma R, se utiliza para estimaciones de un observador. Contiene 240 reactivos de la versión de informe personal, redactadas de nuevo para reflejar el género de la persona que se está estimando. Las puntuaciones de la Forma R pueden usarse para validar o complementar las puntuaciones del informe personal (Costa y McCrae, 1992).

Caso ilustrativo del NEO-PI-R

Bruehl (1994) presenta un estudio de caso de una mujer divorciada, blanca, de 45 años, quien recibió un diagnóstico del Eje I de trastorno depresivo mayor y un diagnóstico del Eje II de trastorno de personalidad limítrofe. "Betty" se presentó para tratamiento debido a sus preocupaciones por la educación de su hija, quien hacía poco había sido arrestada por posesión de drogas y suspendida del bachillerato. Betty tenía una historia de abuso sexual en la infancia, de relaciones deficientes con sus familiares y semejantes, de abuso físico en la edad adulta y de emociones intensas e inestables. La tabla 8-5 presenta los resultados de la aplicación del NEO-PI-R.

Como puede verse, Betty produjo elevaciones en todas las facetas de neuroticismo, calificadas en el rango bajo en varias facetas de extraversión y conformidad, así como diversas elevaciones en las facetas de apertura. Varias afirmaciones interpretativas respecto a las puntuaciones de Betty en el NEO-PI-R ilustran cómo pueden ayudar a entender a un cliente y en la planeación del tratamiento.

> . . . El neuroticismo elevado de Betty y su conformidad baja fueron consistentes con lo que se esperaría con base en los criterios del DSM-III-R para TPL [Trastorno de personalidad limítrofe].
>
> . . . La fuerza de la relación psicoterapéutica se desarrollaba con lentitud debido a los niveles bajos de afecto y confianza de Betty . .
>
> . . . Las cuestiones de transferencia observadas en la terapia se relacionaban de manera principal con su baja confianza y alta hostilidad. Como podría esperarse dada su baja sinceridad, expresó su cólera y falta de confianza en forma pasiva . . .
>
> . . . La baja obediencia de Betty sugirió que era importante observar las cuestiones de control en la terapia. En las pocas ocasiones en que se intentó y acordó asignar "tareas" terapéuticas, Betty no las completó . . .
>
> . . . Su baja obediencia parecía interactuar con su baja confianza y alta hostilidad para causar dificultades interpersonales en la terapia. Estas mismas cuestiones originaron sus problemas en relaciones íntimas previas con amigos cercanos, miembros de la familia y esposos . . .
>
> . . . La información proporcionada por el NEO-PI-R también sugirió ventajas que mejoraron el progreso del tratamiento. El nivel alto de apertura a las ideas que mostraba la paciente reflejó en parte aspectos patológicos, así como capacidad de ser más flexible desde el punto de vista cognoscitivo... era muy abierta para ver sus problemas en formas diferentes y considerar modos alternativos para entender y abordar estos problemas. (Bruehl, 1994, pp. 195-196)

Limitaciones del NEO-PI-R. En fechas recientes, varios autores han sugerido limitaciones del NEO-PI-R en la evaluación clínica (Ben-Porath y Waller, 1992; Block, 1995; Tellegen, 1993). Primera, se ha criticado su falta relativa de reactivos de validez. En contraste con el MMPI-2 y otras medidas de informe personal, el NEO-PI-R no dedica varios reactivos de prueba para evaluar los estilos de respuesta que pueden influir las interpretaciones de

TABLA 8-5 Perfil de personalidad de "Betty" según el Inventario de personalidad NEO revisado

Escala	*Rango*	*Implicaciones clínicas*
Neuroticismo	Muy alto	
Ansiedad	Alto	Nervioso/meditabundo
Ira hostilidad	Muy alto	Furioso/implacable
Depresión	Muy alto	Pesimista/desanimado
Timidez	Alto	Inseguro/avergonzado
Impulsividad	Alto	Espontáneo/impredecible
Vulnerabilidad	Alto	Abrumado/indefenso
Extroversión	Bajo	
Cordialidad	Bajo	Frío
Gregarismo	Bajo	Tímido/retraído
Asertividad	Promedio	
Actividad	Promedio	
Búsqueda de excitación	Alto	Arriesgado
Emociones positivas	Bajo	Plácido/desinteresado
Apertura	Alto	
Fantasía	Muy alto	Imaginativo/disociativo
Estética	Promedio	
Sentimientos	Promedio	
Acciones	Promedio	
Ideas	Alto	Cognoscitivamente flexible
Valores	Alto	Liberal
Conformidad	Bajo	
Confianza	Bajo	Cínico/suspicaz
Sinceridad	Bajo	Engañoso/manipulador
Altruismo	Promedio	
Obediencia	Bajo	Agresividad/de oposición
Modestia	Promedio	
Ternura	Promedio	
Escrupulosidad	Promedio	
Competencia	Alto	Perfeccionista
Orden	Promedio	
Sumisión	Bajo	Poco confiable/irresponsable
Lucha por el logro	Alto	Dirigido
Autodisciplina	Promedio	
Deliberación	Bajo	Irreflexivo

Fuente: Bruehl, 1994.

las puntuaciones obtenidas. Segunda, su uso con propósitos de diagnóstico clínico sigue por demostrarse. Aunque los estudios iniciales que han mostrado asociaciones entre las puntuaciones del NEO-PI-R y los diagnósticos de trastorno mental son alentadores, puede ser que el NEO-PI-R no se adecue bien al propósito general del diagnóstico clínico, debido a que su elaboración fue guiada por un modelo de personalidad "normal". Tercera, se ha realizado muy poca investigación sobre el uso del NEO-PI-R en la planeación del tratamiento para garantizar su uso habitual en escenarios clínicos hasta el momento. Por último, se han dirigido varias críticas psicométricas al NEO-PI-R, incluyendo la intercorrelación entre ciertas puntuaciones de dominio y la colocación de ciertas facetas dentro de dominios particulares (por ejemplo, la colocación de impulsividad y hostilidad dentro del dominio neuroticismo). En resumen, aunque es prometedor, la utilidad del NEO-PI-R en la evaluación clínica común está por demostrarse.

Pruebas proyectivas

Las *técnicas proyectivas* tienen una historia larga y rica. William Shakespeare escribió sobre las cualidades proyectivas de las nubes, y William Stern las utilizó como estímulos de prueba antes de Rorschach y sus manchas de tinta. Sir Francis Galton (1879) sugirió métodos de asociación de palabras y Kraepelin las usó. Binet y Henri (1896) experimentaron con dibujos como dispositivos proyectivos. Alfred Adler pedía a sus pacientes que recordaran su primera memoria, lo cual también es una especie de enfoque proyectivo.

Sin embargo, el ímpetu real para las técnicas proyectivas se puede rastrear hasta la monografía clásica de 1921 de Rorschach, en la cual describió el uso de manchas de tinta como un método para el diagnóstico diferencial de psicopatología. Más adelante en los 20, David Levy llevó la prueba de manchas de tinta a Estados Unidos, y no pasó mucho antes de que Beck, Klopfer y Hertz comenzaran a enseñar cursos de Rorschach. En 1935, Morgan y Murray introdujeron la *Prueba de Apercepción Temática* (Thematic Apperception Test; TAT), y en 1938 Murray describió con meticulosidad el proceso de proyección. El término *proyectivo* se hizo popular después del artículo muy discutido que publicó L. K. Frank en 1939 sobre métodos proyectivos.

Naturaleza de las pruebas proyectivas

Para algunos, la definición de una prueba proyectiva reside en las nociones freudianas respecto a la naturaleza de las defensas del yo y los procesos inconscientes. Sin embargo, éstas no parecen ser características esenciales. A lo largo de los años, se han ofrecido muchas definiciones (Anderson y Anderson, 1951; Lindzey, 1961; Murstein, 1963; Semenoff, 1976; Wiggins, 1973; Zubin, Eron y Schumer, 1965). Tal vez la solución más fácil es una pragmática que proviene de la consulta del diccionario psicológico de English and English (1958), el cual define una técnica proyectiva como "un procedimiento para descubrir los modos de comportamiento característicos de una persona por medio de la observación de su [sic] comportamiento en respuesta a una situación que no produce u obliga una respuesta particular".

Las técnicas proyectivas, tomadas en conjunto, tienden a tener las siguientes características

1. En respuesta a un estímulo no estructurado o ambiguo, los examinados son *forzados a imponer su propia estructura* y, al hacerlo, revelar algo de ellos mismos (como necesidades, deseos o conflictos).
2. El material de estímulo *no está estructurado*. Éste es un criterio muy sutil, aun cuando se supone en forma amplia que refleja la esencia de las técnicas proyectivas. Por ejemplo, si 70% de los examinados percibe la tarjeta V en la Rorschach como un murciélago, sería difícil decir que el estímulo no está estructurado. Por tanto, si una prueba es proyectiva o no, depende de las clases de respuestas que el individuo es alentado a dar y de la forma en que se usan esas respuestas. Las instrucciones son el elemento importante. Si se pide a un paciente que clasifique a las personas en un conjunto de tarjetas de la TAT como hombres o mujeres, entonces hay una gran cantidad de estructura; la prueba está lejos de ser ambigua. Ahora

bien, si se le pregunta qué está diciendo la gente en la tarjeta, la tarea de pronto se ha vuelto bastante ambigua.

3. El método es *indirecto*. Hasta cierto grado, los examinados no se dan cuenta de los propósitos de la prueba; al menos, los propósitos están disfrazados. Aunque los pacientes puedan saber que la prueba tiene algo que ver con la adaptación o desadaptación, en general no se percatan en detalle de la significación de sus respuestas. No hay ningún intento de interrogarlos en forma directa sobre sus necesidades o problemas; la ruta es indirecta y se espera que esta característica indirecta dificulte que los pacientes censuren los datos que proporcionan.
4. Hay *libertad de respuesta*. Mientras que los métodos de cuestionario pueden permitir sólo un "sí" o un "no", los proyectivos permiten una gama casi infinita de respuestas.
5. La interpretación de la respuesta tiene que ver con *más variables*. En vista de que la gama de respuestas posibles es muy amplia, el clínico puede hacer interpretaciones a lo largo de múltiples dimensiones (necesidades, adaptación, categoría de diagnóstico, defensas del yo, etcétera). En cambio, muchas pruebas objetivas sólo proporcionan una puntuación (como el grado de aflicción psicológica), o puntuaciones en una cantidad fija de dimensiones o escalas.

Medición y estandarización

Los contrastes entre las pruebas objetivas y proyectivas son notables. Las primeras, por su naturaleza, se prestan a un enfoque interpretativo actuarial. Las normas, confiabilidad e incluso la validez parecen más fáciles de manejar. Las proyectivas, por su naturaleza, parecen resistirse a la valoración psicométrica. En efecto, algunos clínicos rechazan incluso la sugerencia de que una prueba como la Rorschach debería someterse a las indignidades de la psicometría; verían esto como un asalto a su arte intuitivo. En esta sección, ofrecemos varias observaciones generales acerca de las dificultades implicadas en la valoración de las propiedades psicométricas de las pruebas proyectivas.

Estandarización. ¿Deberían estandarizarse las técnicas proyectivas? De seguro hay muchas razones para hacerlo. Esto facilitaría la comunicación y también serviría como una comprobación contra los prejuicios y el celo interpretativo de algunos clínicos. Además, los defensores entusiastas de las pruebas proyectivas por lo general actúan como si tuvieran normas (por muy implícitas que pudieran ser), así que al parecer no habría una buena razón para *no* intentar la estandarización de estas normas. Por supuesto, los problemas de investigación con las pruebas proyectivas pueden ser formidables.

Los disidentes afirman que las interpretaciones de las pruebas proyectivas no pueden estandarizarse. Cada persona es única, y cualesquiera descripciones normativas serían equívocas. Hay tantas variables interactuando que los enfoques interpretativos estandarizados de seguro destruirían la naturaleza holística de las pruebas proyectivas. Después de todo, dicen, la interpretación es un arte.

Confiabilidad. Incluso la determinación de la confiabilidad no resulta simple. Por ejemplo, de seguro es demasiado esperar que un individuo produzca, palabra por palabra, la misma historia de la TAT en dos ocasiones. Pero, ¿cuántas diferencias son permisibles entre dos historias? Por supuesto, uno puede pasar por alto las respuestas a la prueba y tratar sólo con la confiabilidad de las interpretaciones de personalidad hechas por los clínicos. Sin embargo, esto puede confundir la confiabilidad de la prueba con la confiabilidad del juez. Además, puede resultar afectada la confiabilidad test-retest por los cambios psicológicos del individuo, en particular cuando se trata con poblaciones de pacientes. Es verdad que los clínicos pueden optar por establecer la confiabilidad por medio de formas alternas. Pero, ¿cómo deciden que las formas alternas para las tarjetas de la TAT o las manchas de tinta son equivalentes? Incluso es difícil asegurar la confiabilidad de la división por mitades, debido a la dificultad para demostrar la equivalencia de las dos mitades de cada prueba.

Validez. Dado que las técnicas proyectivas se han utilizado para una multiplicidad de propósitos, tiene poco caso hacer preguntas generales: ¿La TAT es válida? ¿La Rorschach es una buena prueba

de personalidad? Las interrogantes deben ser más específicas. ¿La TAT predice agresión en la situación A? ¿La puntuación X de la Rorschach se correlaciona con los juicios clínicos de ansiedad?

Con estos problemas en mente, pasaremos ahora a una exposición de varias de las pruebas proyectivas más populares.

La Rorschach

Aunque los orígenes de la *Rorschach* se encuentran en Europa, su desarrollo y elaboración posteriores ocurrieron en Estados Unidos (Exner, 1993). Es probable que el desencanto con los inventarios objetivos haya facilitado este desarrollo (Shneidman, 1965). Sin embargo, también fueron importantes el auge general del movimiento psicoanalítico psicodinámico y la emigración de muchos de sus adeptos de Europa a Estados Unidos en los 30.

Lo que ha confundido a muchos y quizá impidió los esfuerzos para demostrar la confiabilidad y la validez es que hay varios enfoques generales en la Rorschach. Por ejemplo, en el pasado, Klopfer, Beck, Hertz, Piotrowski y Rapaport ofrecieron cada uno sistemas Rorschach (Exner, 1993). Los sistemas difieren tanto en la manera en que se administra, se califica y se interpretan los resultados de la prueba, como en las instrucciones que se proporcionan a los examinados. Esto ha creado muchos problemas en la interpretación de los resultados de los estudios de investigación y en la generalización de un estudio a otro. Además, Exner y Exner (1972) descubrieron que 22% de los clínicos que encuestaron no calificaba de manera formal la Rorschach, y 75% reportó que cuando utilizaba un esquema de calificación, era muy idiosincrásico. Sin embargo, ahora casi es un requerimiento para la publicación de una investigación calificar los protocolos de la Rorschach de modo sistemático y que se demuestre un acuerdo adecuado entre calificadores (Weiner, 1991). Como mínimo, esperamos que los expertos independientes califiquen de manera similar las respuestas a la Rorschach.

Descripción. La Rorschach consiste en diez tarjetas en que están impresas manchas de tinta simétricas de derecha a izquierda. Cinco de ellas están

FIGURA 8-2 Mancha de tinta similar a las que se emplean en la Rorschach



en blanco y negro (con sombras de gris) y las otras cinco son de colores. En la figura 8-2 se muestra una tarjeta Rorschach simulada.

Aplicación. Existen varias técnicas para aplicar la Rorschach. Sin embargo, para muchos clínicos, el proceso va más o menos así. El clínico entrega al paciente la primera tarjeta y dice: "dígame qué ve; qué podría ser para usted. No hay respuestas correctas o incorrectas. Sólo dígame qué le parece". Todas las tarjetas subsiguientes se administran en orden. El clínico apunta letra por letra todo lo que dice el paciente. Algunos también registran la cantidad de tiempo que tarda el paciente en dar la primera respuesta a cada tarjeta, así como el tiempo total dedicado a cada una. Algunos pacientes producen muchas respuestas por tarjeta; otros, muy pocas. El clínico también apunta la posición de la tarjeta conforme se da cada respuesta (derecha, hacia arriba, de cabeza o de costado). También se registran todos los comentarios o exclamaciones espontáneos.

Después de esta fase, el clínico pasa a lo que se llama Pesquisa. Aquí se recuerda al paciente todas las respuestas previas, una por una, y se le pregunta qué inspiró cada contestación. También se le pide que indique para cada tarjeta la ubicación exacta de las diversas respuestas. Éste también es un momento en que el paciente puede ampliar o aclarar sus respuestas.

Calificación. Aunque varían los esquemas de calificación de la Rorschach, la mayor parte emplea tres determinantes principales. La *ubicación* se refiere al área de la tarjeta a la que respondió el paciente: la mancha completa, un detalle grande, un detalle pequeño, el espacio en blanco y cosas por el estilo. El *contenido* se refiere a la naturaleza del objeto visto (un animal, una persona, una roca, un sapo, ropa, etcétera). Los *determinantes* se refieren a los aspectos de la tarjeta que incitaron la respuesta (la forma de la mancha, su color, textura, movimiento aparente, sombreado, etcétera). Algunos sistemas también califican las respuestas populares y las respuestas originales (a menudo con base en la frecuencia relativa de ciertas respuestas en la población general). En la actualidad, el Sistema General de calificación de Exner es el que se usa con más frecuencia (Exner, 1974, 1993). Aunque los datos específicos de este sistema de calificación están fuera del alcance de este capítulo (se calcula un total de 54 índices en el resumen estructural de Exner), se dispone de varios recursos que proporcionan detalles sobre el Sistema General (esto incluye Exner, 1991, 1993).

La calificación real de la Rorschach abarca aspectos como compilar el número de determinantes, calcular sus porcentajes con base en el total de respuestas y determinar la razón de un conjunto de respuestas entre otro conjunto (por ejemplo, hallar el total de respuestas de movimiento dividido entre las respuestas de color). En efecto, a menudo la persona se sorprende al enterarse de que la calificación ortodoxa de la Rorschach está mucho más interesada en los determinantes formales que en el contenido real de las respuestas. Sin embargo, muchos clínicos contemporáneos no se molestan en hallar una calificación formal, sino que prefieren basarse en las anotaciones informales de los determinantes. Además, estos clínicos tienden a hacer amplio uso del contenido en sus interpretaciones. Los casos ilustrativos 1 y 2 pueden ayudar a dar una idea de lo que involucra la aplicación y calificación de una Rorschach.

Caso ilustrativo 1 de la Rorschach

El examinado es un estudiante universitario varón "normal" de 18 años.

	Respuesta	*Investigación*	*Calificación*
Tarjeta I	Parece un cangrejo o un animalmarino de alguna clase.	Las pinzas hacen que parezca un cangrejo.	D F+ A (detalle grande, buena forma, objeto animal).
Tarjeta VIII	Una flor de alguna clase. Posiblemente un lirio.	Los pétalos tienen esa forma. Y los colores de esa forma, ésta, supongo.	W FC Pl (tarjeta completa, forma predominante color, planta).

Caso ilustrativo 2 de la Rorschach

Una mujer de 42 años dio el siguiente conjunto de respuestas sin calificar. Después de un accidente traumático en su hogar, el diagnóstico psiquiátrico fue "reacción de ansiedad, crónica, severa". Es importante señalar que se llegó a este diagnóstico por medio de un examen de todos los datos disponibles y no sólo mediante la Rorschach.

Tarjeta I	Murciélago. (¿Algo más?) Está en una telaraña.
Tarjeta II	Un par de osos.
Tarjeta III	No lo sé. (¿Ve algo?) Un par de pequeños pájaros.
Tarjeta IV	Se ve como una piel de oso de alguna clase, estirada.

PERFIL 8-2

John E. Exner, Jr., Ph. D.



El doctor Exner es profesor emérito de psicología en la Long Island University y director ejecutivo de la Fundación para la Investigación de la Rorschach (Talleres Rorschach) (Rorschach Research Foundation [Rorschach Workshops]). Quizá el doctor Exner es más conocido por su desarrollo del *sistema general* para la calificación e interpretación de la Rorschach. Éste es el sistema de calificación e interpretación más usado en la actualidad. Ha publicado numerosos libros, artículos y capítulos de libros sobre las técnicas de evaluación con la Rorschach. Además de ser nombrado miembro de organizaciones prestigiadas como la Asociación Psicológica Estadounidense y la Sociedad Psicológica Estadounidense, ha sido honrado con premios por Contribución Distinguida de la Sociedad para la Evaluación de la Personalidad (Society for Personality Assessment) y la Asociación Psicológica Estadounidense. El doctor Exner proporcionó las siguientes respuestas a preguntas sobre sus antecedentes y las tendencias futuras en la evaluación.

¿Qué lo hizo interesarse en la psicología clínica?

Es probable que mi interés original en la psicología clínica haya sido incitado por un curso de psicología anormal que tomé durante el primer semestre de mi tercer año de licenciatura. En esa época, seguía una carrera "doble" en un curso previo de derecho y psicología.

Describa qué actividades realiza como psicólogo clínico.

En la actualidad estoy casi retirado y dedico la mayor parte de mi esfuerzo laboral a la investigación de cuestiones de evaluación de la personalidad y diferencias individuales.

¿Cuáles son sus áreas particulares de experiencia o interés?

La evaluación de la personalidad, la planeación del tratamiento y la evaluación del tratamiento.

¿Cuáles son las tendencias futuras que ve para la psicología clínica?

Encuentro muy difícil predecir mucho del futuro para la psicología clínica, aunque creo que será marcado en forma gradual por mucha más investigación concerniente a la eficacia del tratamiento en lo que se relaciona a las diferencias individuales.

¿Cuáles son algunas tendencias futuras que ve en la investigación de la Rorschach?

Creo que es probable que la investigación de la Rorschach se enfoque en forma más intensiva en tres áreas importantes, 1) el desarrollo de información concerniente a las características de estímulo de las manchas; 2) preocupación por los estilos de respuesta al establecer o extender lineamientos interpretativos de los datos de la Rorschach, y 3) el estudio de variables de la Rorschach para detectar varias características de la personalidad que no tienen relación directa con la psicopatología, como la amistad, el idealismo o la ambición.

Tarjeta V	Una mariposa.
Tarjeta VI	La parte de en medio parece una lámpara de pie o una tubería.
Tarjeta VII	Parece una isla. (¿Algo más?) Un barco en el puerto. Una nave de alguna clase.
Tarjeta VIII	Un par de osos trepando a un árbol. (¿Algo más?) No.
Tarjeta IX	No sé lo que parece.
Tarjeta X	Parece algo que he visto en el fondo del océano. Una langosta.

Un extracto del informe del clínico observó: "En la Rorschach, la ejecución de la paciente fue limitada y obediente. Sus respuestas parecían estar influidas por factores de ansiedad. Hubo una tendencia notoria a evitar los aspectos atemorizantes de la prueba (falta de estructura) dando sólo unas cuantas respuestas y luego convirtiéndolas en populares u obedientes. Su tendencia a responder a la prueba en función de animales u objetos inanimados sugiere alguna perturbación en las relaciones sociales o un potencial para el retraimiento".

Como observamos antes, la interpretación de la Rorschach puede ser un proceso complejo. Por ejemplo, el uso excesivo de la forma por parte de un paciente puede sugerir obediencia. Una forma deficiente, junto con respuestas inusuales, puede sugerir psicosis. Se dice que el color se relaciona con la emocionalidad, y si no es acompañado por una buena forma a menudo puede indicar impulsividad. El uso extenso de espacios en blanco ha sido interpretado como indicativo de cualidades de oposición o incluso psicopáticas. El uso de la mancha entera apunta a una tendencia a estar preocupado por la integración y a ser bien organizado. Se considera que el uso extenso de detalles se correlaciona con compulsividad o tendencias obsesivas. Pero el contenido también es importante. Ver animales pequeños podría significar pasividad. Las respuestas de sangre, garras, dientes o imágenes similares, podrían sugerir hostilidad y agresión. Incluso voltear una tarjeta y examinar la parte posterior podría conducir a una interpretación de suspicacia. Sin embargo, ¡es importante que el lector trate éstos como ejemplos de interpretaciones potenciales o hipótesis y no como hechos bien validados!

Concluiremos nuestra exposición de la Rorschach con algunos comentarios evaluativos generales. Como ya se mencionó, Exner (1974, 1993) elaboró el enfoque más general para la calificación. Su sistema incorpora elementos de los sistemas de calificación de otros clínicos. Exner y sus asociados han ofrecido una cantidad considerable de datos psicométricos, evidencia de confiabilidad test-retest estable, y estudios de validez de constructo. Es un enfoque prometedor basado en la investigación que garantiza una atención cuidadosa de los clínicos que eligen usar la Rorschach. No obstante, también es importante señalar que muchos de los estudios de confiabilidad y validez citados por Exner han sido puestos en duda (Wood, Nezworski y Stejskal, 1996). A continuación, exponemos las perspectivas actuales sobre la confiabilidad y validez de las puntuaciones de la Rorschach.

Confiabilidad y validez. Los psicólogos clínicos orientados hacia la investigación han cuestionado la confiabilidad de las puntuaciones de la Rorschach durante años. Como ya señalamos, en el nivel más básico uno debería estar seguro de que los expertos pueden calificar en forma confiable las respuestas a la Rorschach. Si diferentes expertos no pueden calificar en forma parecida las mismas respuestas a la Rorschach utilizando el mismo sistema de calificación, es difícil imaginar que el instrumento tenga mucha utilidad en situaciones de predicción clínica. Por desgracia, el grado en que los sistemas de calificación de la Rorschach cumplen estándares aceptables para esta forma básica y sencilla de confiabilidad sigue siendo discutible. Por ejemplo, en un intercambio reciente bastante acalorado, Meyer (1997a, 1997b) reportó que la evidencia indica una "excelente" confiabilidad interjueces para el sistema de calificación de Exner, mientras que Wood, Nezworski y Stejskal (1997) siguen sin convencerse con estos nuevos análisis y resultados de confiabilidad.

Aunque es importante abordar la confiabilidad interjueces, también debemos valorar la consistencia de las puntuaciones de un individuo con el paso del tiempo o a lo largo de las condiciones de la prueba, al igual que la confiabilidad de las interpretaciones de

las puntuaciones. Weiner (1995) afirma que son posibles las repeticiones frecuentes de la prueba (incluso en forma diaria), debido a que "la estructura básica y el foco temático de sus datos en la Rorschach tienden a permanecer iguales" (p. 335). Sin embargo, no nos percatamos de un gran cuerpo de estudios empíricos que apoyan la estabilidad de las puntuaciones resumidas de la Rorschach. La evidencia disponible limitada tiende a apoyar la estabilidad a lo largo del tiempo de las puntuaciones de resumen que se cree que reflejan disposiciones tipo rasgos (Meyer, 1997a), pero se necesita más evidencia para abordar esta cuestión.

Es de crucial importancia la confiabilidad de las interpretaciones de los clínicos. Este tipo de confiabilidad —importante pero relativamente descuidado— es crucial para medidas como la Rorschach. Es bastante probable que dos clínicos entrenados juntos durante varios años puedan lograr confiabilidad en sus interpretaciones. Sin embargo, ¿qué hay de dos clínicos sin capacitación en común? La proliferación de esquemas de calificación formales, junto con la tendencia de tantos clínicos de usar enfoques interpretativos a su antojo, dificulta el cálculo de este tipo de confiabilidad.

En cuanto a la validez de las puntuaciones e interpretaciones de la Rorschach, ha habido muchos testimonios a lo largo de los años. Cuando los clínicos experimentados y hábiles hablan bien de un instrumento, los que están en el campo escuchan. Pero en algún punto estos testimonios dan paso a una evidencia rigurosa. De la vasta literatura sobre la Rorschach, es evidente que la prueba no es igual de válida para todos los propósitos. En un sentido muy real, el problema no es determinar si es válida, sino diferenciar las condiciones en que es útil de aquellas en que no lo es. Durante muchos años, se utilizó un procedimiento que suponía la interpretación de una Rorschach con casi ninguna otra información sobre el paciente para evaluar la validez de la Rorschach. Aun cuando los protocolos de respuesta de la Rorschach son sometidos a análisis de esta manera, a menudo están presentes claves de identificación. Por ejemplo, los protocolos de la Rorschach de niños de 10 años pueden combinarse en un estudio con los de personas de 60 años. A veces los protocolos se envían a antiguos profesores o a amigos, de modo que puede haber un nivel de acuerdo mayor al usual. El sólo conocimiento de que los protocolos vienen del Hospital X puede proporcionar claves importantes acerca de la naturaleza de los pacientes.

Otros estudios han usado una técnica de igualación —de manera específica, la igualación de los protocolos de la Rorschach con historias clínicas— para evaluar la validez de las interpretaciones de la Rorschach. Sin embargo, también hay problemas con estos estudios. La igualación correcta puede ser una función de una o dos variables notoriamente desviadas. En consecuencia, ¿qué se ha validado en realidad? Ha habido casos en que se pidió después a la persona que aplicó la Rorschach que la igualara con la historia clínica correcta. Por tanto, el recuerdo de las características del paciente observadas durante la prueba pudo determinar la igualación correcta.

A pesar de las interrogantes planteadas acerca de la validez de la Rorschach, varias encuestas la han colocado bajo una luz favorable (por ejemplo, Atkinson, 1986; Parker, 1983; Parker y cols., 1988). Por ejemplo, Parker y colaboradores (1988), en un examen amplio de estudios de la Rorschach, encontraron que el coeficiente de validez promedio a lo largo de una variedad de escalas de la prueba fue de .41. Además, tanto la confiabilidad interjueces test-retest estuvieron en la mitad del intervalo de .80 a .89. Aun así, muchos siguen criticando la calidad de los estudios individuales que se han citado para apoyar la validez de las puntuaciones de la Rorschach (por ejemplo, Wood y cols., 1996). Quizá lo más importante es que un reanálisis reciente de los estudios incluidos en el metaanálisis de Parker y colaboradores (1988) llegó a una conclusión diferente. Garb, Florio y Grove (1998), utilizando datos de los mismos estudios revisados por Parker y colaboradores, reportaron estimaciones de validez significativamente inferiores para las puntuaciones de la Rorschach (coeficiente de validez de .29 frente a la estimación previa de .41). Además, la estimación revisada y corregida de la validez de la Rorschach fue muy inferior a la del MMPI (.48). Estos hallazgos, además de los resultados que no apoyan la validez incremental de las puntuaciones de la Rorschach (Archer y Krishnamurthy, 1997; Garb, 1984, 1998), llevan a los autores a "recomendar que se ponga menos énfasis en la capacitación en el uso de la Rorschach" (p. 404). Queda por verse si los programas de psicología clínica hacen caso de esta llamada.

Continúa el debate sobre la utilidad de la Rorschach en la evaluación clínica (Meyer, 1999). Los defensores (Stricker y Gold, 1999; Viglione, 1999) afirman que es útil cuando el centro de atención está en el funcionamiento inconsciente y estilos de solu-

ción de problemas de los individuos. Sin embargo, los críticos siguen escépticos respecto a la utilidad clínica de las puntuaciones de la prueba (Hunsley y Bailey, 1999) o su validez incremental (Dawes, 1999).

El "método" de las manchas de tinta de Rorschach. En fechas recientes, Weiner (1994) afirmó que la Rorschach se conceptualiza mejor como un *método* de recolección de datos que como prueba.

> La Rorschach no es una prueba porque no prueba nada. Una prueba pretende medir si algo está presente o no y en qué cantidad... Pero con la Rorschach, la cual de manera tradicional se ha clasificado como una prueba de personalidad, no medimos si la gente tiene una personalidad o cuánta personalidad tiene. (p. 499)

De esto resultan varias implicaciones. Primera, Weiner afirma que los datos generados del método Rorschach pueden interpretarse desde una variedad de posturas teóricas. Estos datos sugieren cómo resuelve problemas o toma decisiones (procesos de estructuración cognoscitiva) quien responde, al igual que los significados que se le asignan a estas percepciones (procesos asociativos). Weiner llama a ésta una perspectiva "integracionista" de la Rorschach, porque el método proporciona datos relevantes tanto de la estructura como de la dinámica de la personalidad. Según Weiner, una segunda implicación práctica es que ver la Rorschach como método permite a uno utilizar por completo todos los aspectos de los datos que se generan, lo que da como resultado una valoración diagnóstica más minuciosa.

La influencia y utilidad de esta reconceptualización queda por verse. En cualquier caso, todavía son necesarios datos empíricos que apoyen la utilidad y validez incremental de los datos generados por el "método" Rorschach, antes de que pueda recomendarse su uso habitual en escenarios clínicos.

Prueba de apercepción temática

Morgan y Murray introdujeron la *Prueba de Apercepción Temática (Thematic Apperception Test: TAT)* en 1935. Pretende revelar características de personalidad básicas de los pacientes por medio de la interpretación de sus producciones imaginativas en respuesta a una serie de dibujos. Aunque la prueba está diseñada para revelar conflictos centrales, actitudes, metas y material reprimido, en realidad produce material que es un *collage* de éstos más influencias situacionales, estereotipos culturales, trivialidades, etcétera. El trabajo del clínico es separar el trigo de la cizaña.

La mayoría de los clínicos utiliza la TAT como un método para inferir necesidades psicológicas (logro, afiliación, dependencia, poder, sexo, etc.) y revelar la forma en que el paciente interactúa con el ambiente. En contraste con la Rorschach, la TAT se utiliza para inferir el contenido de la personalidad y el modo de las interacciones sociales. Con una TAT, es probable que los clínicos emitan juicios específicos, como "este paciente es hostil hacia las figuras de autoridad, pero busca su afecto y aprobación". Es menos probable que la TAT se utilice para evaluar el grado de desadaptación que para revelar la ubicación de los problemas, la naturaleza de las necesidades o la calidad de las relaciones interpersonales.

Descripción. Hay 31 tarjetas en la TAT (una está en blanco); la mayor parte describe personas en una variedad de situaciones, pero unas cuantas sólo contienen objetos. Se dice que algunas son útiles para niños y hombres, algunas para niñas y mujeres, y algunas para ambos géneros. Murray sugirió que se seleccionen 20 de las 31 tarjetas para un examinando determinado. Como prueba, la TAT no parece ser tan ambigua o poco estructurada como la Rorschach. Sin embargo, aunque las figuras pueden ser personas con claridad, no siempre está claro cuál es su género, quiénes son, qué están haciendo o qué están pensando. La figura 8-3 ilustra una de las tarjetas de la TAT.

Aplicación. En la práctica, los clínicos seleccionan de manera típica entre seis y 12 tarjetas para aplicarlas a un paciente determinado. Aunque las instrucciones exactas que se utilicen variarán de un clínico a otro, son más o menos así: "ahora, quiero que elabore una historia acerca de cada uno de estos dibujos. Dígame quiénes son las personas, qué están haciendo, qué están pensando o sintiendo, que los llevó a esta escena y cómo resultará. ¿Está bien?" El clínico transcribe en forma

FIGURA 8-3 Tarjeta 12F de la TAT

Fuente: reimpresa con autorización del editor de Henry A. Murray, *Thematic Apperception Test*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press. Derechos reservados © 1943 por President and Fellows of Harvard College, © 1971 por Henry A. Murray.



literal las producciones del paciente (o en ocasiones se graban en cinta). En algunos casos, puede pedirse a los pacientes que escriban sus historias; pero esto puede derivar en historias más cortas que lo normal.

Calificación. Se han propuesto muchos esquemas de calificación a lo largo de los años (Exner, 1983; Shneidman, 1951, 1965). Parece que la mayoría de los clínicos ha decidido aceptar el juicio de que los esquemas de calificación causan que la eviden-

cia clínica útil se distorsione o se pierda y sólo los utilizan con propósitos de investigación. Resulta interesante que la TAT nunca haya recibido críticas tan profundas como la Rorschach. Esto puede deberse en parte a que nunca ha habido mucho interés en calificar la TAT; es difícil llevar a cabo estudios empíricos que no apoyen esquemas de calificación que se utilizan poco.

Los siguientes ejemplos ilustran varios temas de la TAT y las interpretaciones o análisis realizados a partir de ellos. Son respuestas literales de la misma mujer de 42 años descrita en el caso ilustrativo 2 de la sección sobre la Rorschach.

Caso ilustrativo de la TAT

Tarjeta 3BM	Se ve como un niño pequeño llorando por algo que no tiene. (¿Por qué está llorando?) Quizá porque no puede ir a alguna parte. (¿En qué terminará?) Es probable que se siente ahí y solloce [sic] hasta dormirse.
Tarjeta 3GF	Parece que su novio podría haberla abandonado. Ella hirió sus sentimientos. Él le cerró la puerta. (¿Qué dijo él?) No sé.
Tarjeta 9GF	Parece que alguien se salió y dejó a la chica. Ella está lista para un baile. La doncella la está observando para ver a dónde va. (¿Por qué se salió?) Probablemente porque ella no estuvo lista a tiempo.
Tarjeta 10	Parece que hay pesar aquí. Aflicción por algo. (¿Sobre qué?) Parece que quizá falleció uno de los niños.
Tarjeta 13MF	Parece como que su esposa podría haber fallecido y él siente que no hay nada más que hacer.
Tarjeta 20	Parece como un hombre que está listo para robar algo. Oculto detrás de una cerca alta de alguna clase. Tiene su mano en su bolsillo con una pistola lista para disparar si sale alguien.

Un extracto del informe del clínico ofrece este análisis: "la TAT produjo respuestas que fueron indicativas de manera uniforme de infelicidad, amenaza, infortunio o falta de control sobre las fuerzas ambientales. Ninguna de las respuestas reflejaba satisfacción, finales felices ni aspectos similares. En esta prueba, como en la Rorschach, son evidentes las respuestas empobrecidas y limitadas, lo cual es probable que indique ansiedad y depresión... En resumen, los resultados apuntan a un individuo ansioso y, al mismo tiempo, deprimido. Son evidentes los sentimientos de inseguridad, inadecuación y falta de control sobre las fuerzas ambientales, como lo son la infelicidad y la aprensión. Estos factores dan como resultado una limitación de la ejecución que está orientada en gran medida hacia la evitación de la amenaza y que obstaculiza la movilización suficiente de energía para desempeñarse en un nivel óptimo".

Lindzey, Bradford, Tejessy y Davids (1959) compilaron un diccionario de generalizaciones interpretativas que podrían hacerse a partir de historias de la TAT, basados en un examen de casi 200 publicaciones. El volumen total de interpretaciones posibles de la TAT a partir de las varias claves para la historia es tremendo. Esto resalta la dificultad de evaluar la validez de la TAT; a saber, ¿validez respecto de qué? A continuación hay unas cuantas de las generalizaciones interpretativas que Lindzey y colaboradores entresacaron de la literatura:

> Sintomatología paranoica indicada por: frases estereotipadas usadas a lo largo de un registro (Rapaport, 1946, p. 449).
>
> Ansiedad indicada por:... argumentos que enfatizan accidentes físicos súbitos y traumas emocionales, como la pérdida de la mujer, la madre, una novia, el trabajo, una casa quemándose o una caída de la bolsa de valores (Rotter, 1946, p. 88).
>
> Dependencia de adolescentes indicada por... tres o más referencias a uno o más miembros de la familia (Symonds, 1949, p. 87).
>
> Los pacientes con problemas sexuales pueden:... evitar el dibujo en la pared en el dibujo #4 o rehusarse a discutir a la mujer desnuda en el dibujo #13 (Stein, 1948, p. 42).

Por desgracia, estas proposiciones han recibido relativamente poca atención de la investigación.

Además, no conocemos alguna investigación que sugiera que la información obtenida de la TAT se relaciona de manera significativa con el resultado del tratamiento. Dada la pretendida capacidad de la TAT para identificar estilos interpersonales que podrían influir en las elecciones respecto al enfoque de tratamiento del terapeuta, esto es algo sorprendente.

Confiabilidad y validez. Al igual que con la Rorschach, concluiremos esta sección con una evaluación condensada de la TAT. Es muy difícil evaluar la confiabilidad y validez de la prueba en cualquier sentido formal. Hay tantas variaciones en las instrucciones, métodos de aplicación, número de tarjetas utilizadas y tipo de esquema de calificación (si es que se usa alguno) que las conclusiones rigurosas son casi imposibles. Surgen los mismos problemas metodológicos cuando se estudia la confiabilidad. Por ejemplo, los cambios de personalidad pueden oscurecer cualesquiera conclusiones acerca de la confiabilidad test-retest, o puede haber incertidumbre acerca de las formas equivalentes cuando tratamos de evaluar la confiabilidad de formas alternas. Es posible investigar la confiabilidad temática, pero en vista de que no se puede esperar una semejanza palabra por palabra de una ocasión a la siguiente, por lo general se estudia la confiabilidad de las interpretaciones de los jueces. Cuando hay un conjunto explícito, derivado en forma teórica de instrucciones de calificación (por ejemplo, B. J. Fitzgerald, 1958), el acuerdo interjueces puede alcanzar proporciones aceptables. También puede lograrse la confiabilidad interjueces cuando intervienen estimaciones cuantitativas (Harrison, 1965). Pero las interpretaciones globales amplias pueden presentar problemas.

Se han hecho algunos intentos para establecer la validez de la TAT. Los métodos han incluido 1) comparación de interpretaciones de la prueba con datos de caso o con evaluaciones del paciente por parte del terapeuta; 2) técnicas de igualación y análisis de protocolos sin conocimiento adicional acerca del paciente; 3) comparaciones entre diagnósticos clínicos derivados de la TAT y juicios de psiquiatras, y 4) establecimiento de la validez de ciertos principios generales de interpretación (por ejemplo, la tendencia de la persona a identificarse con el héroe de la historia, o la probabilidad de que los temas inusuales sean más significativos que los comunes).

El uso clínico típico de la TAT sugiere que aún es básicamente un instrumento subjetivo. Aunque es posible identificar principios generales de interpretación, éstos pueden servir sólo como guías, no como prescripciones exactas para la interpretación. La interpretación adecuada depende de algún conocimiento de los antecedentes del paciente. Conforme el clínico examina el protocolo de la prueba, debe poner atención a la frecuencia con que ocurren elementos temáticos, lo inhabitual de las historias, la manera en que se desarrollan los argumentos, reconocimientos erróneos, la elección de las palabras, identificaciones con personajes del argumento, etcétera. El clínico debe observar con detenimiento la naturaleza de los héroes o heroínas de la TAT y sus necesidades y metas. Las presiones ambientales también son importantes, como el ambiente emocional general de los temas.

Técnicas de frases incompletas

Una técnica muy durable y práctica, aunque simple, es el *método de frases incompletas*. La más utilizada y mejor conocida de las muchas versiones es la de *frases incompletas en blanco* de Rotter (Rotter y Rafferty, 1950; Rotter, 1954). Éstas consisten en 40 raíces de enunciados; por ejemplo, "Me gusta...", "Lo que me molesta es...", "Deseo..." y "La mayoría de las chicas...". Cada una de las conclusiones puede calificarse a lo largo de una escala de siete puntos para proporcionar un índice general de adaptación-desadaptación (por ejemplo, Jessor, Liverant y Opochinsky, 1963). Las *frases incompletas en blanco* (o ISB, por sus siglas en inglés) tienen gran versatilidad y se han elaborado esquemas de calificación para una diversidad de variables (por ejemplo, Fitzgerald, 1958).

La ISB tiene varias ventajas. La calificación es objetiva y confiable, debido en parte a ejemplos de calificación extensos proporcionados en el manual. Puede usarse con facilidad, es económica y parece ser un buen dispositivo de tamizado. Aunque puede calificarse con objetividad, también permite una libertad de respuesta considerable. Por tanto, cae en algún lugar entre los dos extremos de la dimensión objetivo-proyectivo. Representa un enfoque bastante directo de la medición que no requiere el grado de capacitación que se necesita, por ejemplo, para calificar la Rorschach. Algunos clíni-

cos pueden perturbarse por la relativa falta de disfraz de esta prueba. Quizá debido a esto, la ISB no proporciona información que no pudiera cosecharse en una entrevista razonablemente extensa. Así pues, en muchas formas la prueba ofrece un panorama cognoscitivo y conductual del paciente, en lugar de un panorama "psicodinámico profundo".

Correlación ilusoria

La interpretación de las respuestas a pruebas proyectivas depende en gran medida de la experiencia del psicodiagnosticador. Se acumulan observaciones respecto de ciertas respuestas a las que se atribuye cierta conexión con determinadas características de la personalidad. Como resultado, el clínico "aprende" a asociar estas respuestas con características específicas de la personalidad; se convierten en "signos" de estas características de la personalidad subyacentes. Sin embargo, una gran cantidad de evidencia de investigación no apoya la significación de muchos de estos signos diagnósticos. Little y Shneidman (1959) encontraron, por ejemplo, que clínicos eminentes se desempeñaban sólo un poco mejor que el azar al hacer afirmaciones válidas acerca de pacientes con base en sus respuestas a la prueba. Chapman y Chapman (1969) creían que una razón para este bajo desempeño se encuentra en la tendencia a confiar en correlaciones ilusorias entre las respuestas de la prueba y características de personalidad. Estos autores hallaron que, en el caso de la Rorschach, los clínicos tendían a enfocarse en las respuestas que tienen un valor asociativo alto con la homosexualidad masculina. Por tanto, cuando observaban respuestas de hombres a la prueba, como "Esto parece como un hombre doblándose" o "Esto es una apertura anal", suponían con rapidez pero en forma equivocada que tenían evidencia de la presencia de tendencias homosexuales. Al mismo tiempo, pasaban por alto signos válidos que tenían poca fuerza asociativa, como animales amenazadores o humanizados (como un monstruo sin cabeza o una mujer con alas de mariposa). Aunque el "diagnóstico" de homosexualidad no es de interés para la práctica de la psicología clínica contemporánea debido a que no se considera un trastorno mental (como lo era en el DSM-II, 1968), el punto importante es que la correlación ilusoria basada en la fuerza asociativa puede introducir una fuente de error poderosa.

Utilidad incremental

Como se mencionó al analizar el MMPI-2, la validez incremental se refiere al grado en que un procedimiento se agrega a la predicción obtenible de otras fuentes (Meehl y Rosen, 1955; Sechrest, 1963).

Para que un procedimiento de evaluación sea de valor real, debe decir a los clínicos algo de importancia que no puedan obtener con la sola inspección de las líneas base (tasas de frecuencia) para la población de interés. Si un clínico en una escuela estatal para los que padecen retardo mental reporta por medio de la WISC-III que determinado paciente debería recibir un diagnóstico de retardo mental, esto difícilmente será una sorpresa, porque ya sabemos que 98% de la población institucional padece retardo mental. Sin embargo, si la prueba puede decir al clínico algo sobre el patrón de capacidades del paciente que ayudará a la planeación de su capacitación vocacional, entonces puede atribuirse alguna validez incremental al procedimiento de prueba. Descubrir a partir de una Rorschach que un viudo de 70 años "parece luchar con sentimientos intensos de soledad" difícilmente representa un avance en la validez incremental, aun cuando la afirmación pueda ser cierta. Afirmar que los temas de la TAT de un paciente con esquizofrenia revelan dificultades de adaptación o que las respuestas a la Rorschach de un paciente deprimido sugieren disforia y tristeza, añade poco o nada al conocimiento existente, aun cuando pueda parecer que se ha dicho algo correcto y profundo. Por último, debería señalarse que un instrumento de evaluación dado, debe demostrar validez incremental sobre otras medidas más económicas (como los inventarios cortos de informe personal) a fin de justificar su uso. De otra manera, el esfuerzo adicional para la misma información desperdicia el tiempo del clínico y el del paciente.

Uso y abuso de las pruebas

La sociedad ha estado desde hace mucho orientada a las pruebas. Ya sea que la cuestión tenga que ver con la selección de personal, la evaluación intelectual o la medición del "yo real", muchas personas acuden a las pruebas. Algunos consultan revistas populares (¡y ahora Internet!) en busca de estas pruebas, otros visitan clínicos experimentados; pero lo que parece una constante es la curiosidad duradera y el conjunto de expectativas infladas sobre las pruebas. Y con bastante frecuencia dichas expectativas elevadas conducen al abuso.

Las pruebas son un gran negocio. Corporaciones psicológicas, educativas y de personal venden muchos miles de ellas cada año. Los procedimientos de evaluación tocan de tantas formas una gran cantidad de nuestra vida que nos hemos acostumbrado a ellos y resulta raro que los notemos. La admisión a la universidad, el empleo, causar baja en el servicio militar, el encarcelamiento, la adopción, la planeación terapéutica, las citas por computadora y las clases especiales pueden depender de la ejecución de una prueba. Cualquier empresa que se vuelve tan grande y que afecta a estas grandes cantidades de personas invita a un escrutinio cuidadoso.

Protecciones. Las normas éticas de la APA (1992) requieren que los psicólogos sólo usen técnicas o procedimientos que se encuentren dentro de su competencia. Estas normas éticas, el auge de la certificación estatal, los consejos de otorgamiento de licencias y la certificación de la competencia profesional ofrecida por el Consejo Estadounidense de Psicología Profesional (American Board of Professional Psychology) se combinan para incrementar la probabilidad de que se protejan los intereses del público.

Además, por lo general el editor restringe la compra de materiales de prueba a los individuos o instituciones que pueden demostrar su competencia en la aplicación, calificación e interpretación de éstas. En efecto, la venta de pruebas no está abierta sino que depende de las capacidades del usuario. Sin embargo, ni los lineamientos profesionales ni las restricciones de los editores tienen éxito rotundo. En ocasiones las pruebas llegan a manos de individuos sin escrúpulos. Las normas éticas tampoco son suficientes siempre.

Los comercializadores de cada prueba también comparten algo de la responsabilidad. Los datos normativos y las instrucciones para la aplicación y calificación deberán incluirse en *todos* los manuales de la prueba. En general, deben incluirse suficientes datos para permitir al usuario evaluar la confiabilidad y validez de la prueba.

La cuestión de la intimidad. La mayoría asume que tiene el derecho de revelar tan poco o tanto como quiera respecto a sus actitudes, sentimientos, temores o aspiraciones. Por supuesto, con procedimientos de evaluación sutiles o indirectos, un examinado no puede juzgar siempre con plena certeza si es deseable una respuesta determinada. Pero, cualquiera que sea la naturaleza de la prueba, el individuo tiene el derecho a una explicación completa de sus propósitos y del uso que se dará a los resultados.

Sólo deben aplicarse al examinado pruebas relacionadas con los propósitos de la valoración. Si se incluye un MMPI-2 o una Rorschach en una batería de selección de personal, es responsabilidad del psicólogo explicar al individuo la pertinencia de la prueba. Deberá obtenerse el consentimiento informado para todo el proceso de evaluación, y los individuos deben estar informados por completo de sus opciones. Esto se aplica incluso a quienes han iniciado el contacto (como los que buscan los servicios clínicos en forma voluntaria).

La cuestión de la confidencialidad. Los problemas de confianza y confidencialidad cobran mucha importancia en nuestra sociedad. La proliferación de medios para el procesamiento en computadora y de bancos de datos enormes facilita que una dependencia gubernamental obtenga acceso a registros personales que están en los expedientes de otra dependencia o de una compañía. Las agencias de tarjetas de crédito, el FBI, la CIA, el fisco y otras organizaciones crean un clima en que los registros o el pasado de nadie parece ser confidencial o inviolable. Aunque la información revelada a los psiquiatras y psicólogos clínicos se considera privilegiada, hay amenazas y ataques continuos al derecho de negarse a proporcionar dicha información. Por ejemplo, la decisión *Tarasoff* de la Suprema Corte de California deja claro que la información proporcionada por un paciente en el curso de la terapia no puede permanecer privilegiada si indica que el paciente puede ser peligroso. Si la "invio-

labilidad" de la sala de terapia no es inatacable ni mucho menos, es seguro que los registros personales, los registros escolares y otros depósitos de pruebas son aún más vulnerables. Los psicólogos clínicos empleados en escenarios industriales también son incapaces de asegurar la privacidad de los resultados de las pruebas. Los clínicos pueden quedar atrapados en medio de luchas entre el sindicato y la gerencia por reclamaciones de agravios. A veces sucede que cuando las personas son tratadas en programas de seguro o de asistencia médica, sus diagnósticos pasan a registros computarizados a los que muchas compañías pueden obtener acceso.

Cuando alguien es examinado, deben hacerse todos los esfuerzos por explicarle los propósitos de la prueba, el uso que se dará a los resultados y las personas o instituciones que tendrán acceso a los mismos. Si el individuo otorga su consentimiento informado, la prueba puede proceder. Por otra parte, si después conviene revelar los resultados a alguien más, debe obtenerse el consentimiento del individuo. Es evidente que no todos los clientes desean que se revelen sus registros de salud mental, y aun cuando firmen formas de consentimiento, a menudo parece que lo hacen por temor a que se les nieguen los servicios o por simple obediencia a la autoridad (C.E. Rosen, 1977).

La cuestión de la discriminación. Desde el surgimiento del movimiento en favor de los derechos civiles, la mayoría de las personas se ha percatado cada vez más de las formas en que la sociedad ha discriminado a las minorías a sabiendas o sin darse cuenta. En la psicología, recientemente los ataques se han centrado en las formas en que las pruebas discriminan a las minorías. Por ejemplo, la estandarización original de la Stanford-Binet no contenía muestras de afroamericanos. Desde entonces, se han publicado muchas pruebas cuyos intentos por incluir muestras sin prejuicios raciales se han cuestionado. A menudo se acusa de que la mayor parte de las pruebas psicológicas están diseñadas para poblaciones blancas de clase media y que se perjudica a otros grupos cuando se examinan con dispositivos que son inapropiados para ellos.

En ocasiones la falta de exposición de los miembros del grupo minoritario a pruebas y situaciones de prueba puede ser una fuente importante del problema. Esta inexperiencia, una motivación inadecuada e incomodidad en presencia de un examinador de otra raza, pueden afectar la ejecución en la prueba. A menudo, también, los materiales de prueba son preparados o están incluidos en un contexto injusto desde el punto de vista racial. Por ejemplo, las tarjetas de la TAT pueden describir personajes blancos, o los reactivos en una prueba de inteligencia pueden no ser familiares para un niño afroamericano. El problema aquí es que los reactivos de prueba en sí, la manera en que se presentan o las circunstancias que rodean a una prueba, pueden causar una desventaja para el individuo de una minoría.

Sesgo de la prueba. Es importante recordar que las diferencias significativas entre puntuaciones medias en una prueba para grupos diferentes no indican por sí solas un sesgo o discriminación de la prueba. Más bien, el sesgo o discriminación de la prueba es una cuestión de *validez;* esto es, si puede demostrarse que la validez de una prueba (al predecir características criterio o ejecución, por ejemplo) varía de manera significativa entre grupos, puede decirse que es una prueba "sesgada" para ese propósito. En otras palabras, una prueba se ha sesgado en la medida en que predice con mayor precisión para un grupo que para otro.

Un ejemplo puede ilustrar estas consideraciones. Supongamos que uno de los autores elaboró un inventario de personalidad que mide el rasgo de "hostilidad". Como parte del proyecto de estandarización para esta prueba, el autor descubrió que los hombres obtenían puntuaciones significativamente más altas que las mujeres. ¿Esto indica que la prueba está sesgada? No necesariamente. En una serie de estudios de validez, el autor encontró que la relación (correlación) entre las puntuaciones del inventario de hostilidad y la cantidad de pleitos *verbales* durante los siguientes dos meses fue bastante parecida tanto para hombres como para mujeres. En otras palabras, los coeficientes de validez predictiva para los dos grupos fueron comparables; las puntuaciones de hostilidad similares "significaban" lo mismo (predecían una cantidad comparable de pleitos verbales) para hombres y mujeres. Por otra parte, es bastante posible que la fuerza de la correlación entre las puntuaciones de hostilidad y los pleitos *físicos* durante los siguientes dos meses fueran significativamente mayores para los hombres que para las mujeres. En

este caso, el uso de la prueba para predecir agresión física en las mujeres estaría sesgado si estas predicciones se basaran en la asociación conocida entre las puntuaciones de hostilidad y los pleitos físicos encontrada en los hombres.

Deben quedar claros varios puntos generales. Primero, las diferencias en las puntuaciones medias no necesariamente indican sesgo de la prueba. En el ejemplo anterior, puede haber buenas razones por las que los hombres obtienen puntuaciones mayores en promedio que las mujeres en una medida de hostilidad (por ejemplo, diferencias hormonales u otros factores biológicos pueden conducir a niveles superiores de hostilidad). De hecho, no encontrar diferencias en las puntuaciones medias podría poner en duda la validez de la prueba en este caso. Segundo, la declaración de una prueba como "válida", aunque se ve con frecuencia en la literatura sobre psicología clínica, es incorrecta. Las pruebas pueden ser válidas (y no estar sesgadas) para algunos propósitos pero no para otros. Por último, puede "vencerse" el sesgo de la prueba usando ecuaciones de predicción diferentes (y más apropiadas) para los diversos grupos. En otras palabras, el sesgo entra en juego cuando el psicólogo clínico hace predicciones basado en asociaciones empíricas que son características de otro grupo (como los hombres) pero no del grupo de interés (como las mujeres). La meta es investigar la posibilidad de una validez diferencial y, si se encuentra, usar la ecuación de predicción apropiada para ese grupo.

Evaluación computarizada. Durante años se han usado computadoras para calificar pruebas y generar perfiles psicológicos. Ahora también se usan para aplicar e interpretar las respuestas a entrevistas clínicas, pruebas de CI, inventarios de autorreporte e incluso pruebas proyectivas. Las razones dadas para utilizar computadoras incluyen reducción de costos, mejora de la atención y motivación de los clientes, y procedimientos de estandarización entre clínicos. Es evidente que las computadoras tienen un gran potencial, pero también contienen las semillas de problemas precisos (Burke y Normand, 1987). Para comenzar, necesita haber mayor aceptación de las computadoras entre los profesionales. Aparte de eso, debe dedicarse más atención a los sentimientos y reacciones de los clientes a los que se impone estos procedimientos. Todavía tienen que resolverse cuestiones importantes de confiabilidad y validez (por ejemplo, Gottesman y Prescott, 1989), al igual que una retroalimentación apropiada para los clientes. Por último, el campo necesita mejores normas profesionales generales para dichas pruebas. Es importante recordar que los sistemas computarizados pueden usarse mal con facilidad, ya sea por quienes carecen de capacitación o por aquellos que dotan a las computadoras con una sagacidad que trasciende la calidad y utilidad de la información programada en ellas.

Se han hecho numerosos esfuerzos para computarizar la calificación e interpretación del MMPI en particular (Honaker, 1988; Kleinmuntz, 1972; Dahlstrom y cols., 1972). Los enfoques son sobre todo descriptivos y con más frecuencia útiles para el tamizado. Pero también existen programas para generar afirmaciones muy interpretativas (por ejemplo, Dahlstrom y cols., 1972). Sin embargo, no todos creen que los usos computarizado y convencional del MMPI produzcan resultados comparables (Buros, 1972; Honaker, 1988).

El uso de *interpretaciones de pruebas basadas en computadora* es una cuestión controvertida (por ejemplo, Bloom, 1992; Fowler y Butcher, 1986; Matarazzo, 1986). Se han propuesto lineamientos sobre cómo evaluar mejor la confiabilidad y validez de las interpretaciones de pruebas basadas en computadora (Moreland, 1985; Snyder, Widiger y Hoover, 1990), así como la mejor forma de utilizarlas en el trabajo clínico (Butcher, 1995b). Butcher (1990, 1995b), por ejemplo, ha bosquejado siete pasos para proporcionar retroalimentación del MMPI-2 a los clientes.

1. Proporcionar información histórica acerca del MMPI-2.
2. Describir en forma breve cómo se elaboraron las escalas del MMPI-2, así como la vastedad de la literatura empírica sobre el MMPI/MMPI-2.
3. Describir de manera sucinta las escalas de validez y lo que indican acerca del enfoque del cliente respecto a la prueba.
4. Describir las hipótesis clínicas que se han generado con base en el perfil del MMPI-2, expresándolas en función de la forma en que el cliente se presentó y el modo en que está viendo los problemas (si es que tiene alguno) en este momento.
5. Discutir cualesquiera elevaciones significativas en las escalas de contenido, debido a que lo que miden estos reactivos es evidente de manera intuitiva.

6. Invitar al cliente a hacer preguntas acerca de sus puntuaciones y aclarar cualquier cuestión confusa.
7. Discutir la forma en que el cliente siente que los resultados de la prueba corresponden o no con su experiencia (adaptado de Butcher, 1995b, p. 82).

Resulta interesante que los resultados de un estudio reciente (Finn y Tonsager, 1992) sugirieran que la retroalimentación del MMPI-2 puede servir como un tipo de intervención clínica. En este estudio, un grupo de clientes estudiantes en un centro de consejería universitario recibió retroalimentación del MMPI-2 mientras estaba en una lista de espera en la clínica; a un segundo grupo no se le aplicó el MMPI-2. El primero mostró mejora en medidas de síntomas de psicopatología y autoestima, no así el grupo control. Aunque es posible que el "efecto terapéutico" observado pueda atribuirse al simple hecho de responder el MMPI-2 (es decir, no necesariamente a la retroalimentación), parece justificar investigaciones futuras en esta área. Este estudio es laudable debido a que intentó demostrar la utilidad clínica del MMPI-2.

A final de cuentas, el éxito de cualquier instrumento de evaluación clínica dependerá de si la información proporcionada por la prueba es útil para planear, conducir y evaluar el tratamiento.

Resumen del capítulo

Los psicólogos clínicos realizan con frecuencia evaluaciones de la personalidad. Sin embargo, continúa cuestionándose la utilidad hasta de las medidas más populares. El ambiente de cuidado administrado ha puesto aún más presión en los defensores de las pruebas de la personalidad para justificar el uso de medidas populares.

En este capítulo hemos expuesto varias estrategias de construcción de pruebas y hemos concluido que debería adoptarse el enfoque de la validez de constructo cuando se elabora una medida. También hemos revisado varias técnicas de evaluación de la personalidad objetivas y proyectivas. El MMPI-2 es la principal prueba de personalidad objetiva y una riqueza de datos apoya su uso en la evaluación clínica. Aunque se han expresado varias preocupaciones respecto a esta versión más nueva, en general ha sido aceptada en forma amplia y tal vez representa la medida más importante en el campo. Entre las técnicas proyectivas, enfocamos la mayor parte de nuestra exposición en la Rorschach. En muchos aspectos, la lealtad de los psicólogos clínicos a ella divide el campo a lo largo de las líneas de creyentes frente a los no creyentes. Los psicólogos clínicos académicos tienden a ser muy críticos de la Rorschach y se recrudece el debate cáustico sobre su legitimidad y méritos.

Hemos concluido con una exposición del uso y abuso de las pruebas. La Asociación Psicológica Estadounidense está finalizando una nueva versión de sus *Standards for Educational and Psychological Testing* (para la versión en borrador más reciente, consulte el sitio web 8-5 al final del capítulo). Estas nuevas normas revisadas continuarán promoviendo el uso ético de las pruebas. Los psicólogos clínicos que intervienen en la elaboración y uso de pruebas de personalidad han de considerar las cuestiones de protección, intimidad, confidencialidad, discriminación y sesgo de las pruebas. Por último, hemos comentado la tendencia contemporánea de la administración e interpretación de pruebas basadas en computadora. Es probable que los avances tecnológicos continúen influyendo en la forma en que se elaboran, aplican e interpretan las pruebas psicológicas.

Términos clave

análisis factorial Método estadístico utilizado a menudo en la construcción de pruebas para determinar si los reactivos potenciales se relacionan altamente.

codificación por criterio empírico Enfoque para la elaboración de pruebas que enfatiza la selección de reactivos que discriminan entre individuos normales y miembros de diferentes grupos de diagnóstico, sin importar si los reactivos parecen adecuados desde el punto de vista teórico para los diagnósticos de interés.

correlación ilusoria En el contexto de las pruebas proyectivas, es el fenómeno por el que ciertas respuestas a la prueba se asocian con características específicas de la personalidad. Estas respuestas llegan a verse como signos del rasgo en cuestión y puede dárseles un peso indebido cuando se interpreta la prueba.

enfoque de la validez de constructo Enfoque para la construcción de pruebas en que se elaboran escalas con base en una teoría específica, se refinan utilizando análisis factorial y otros procedimientos y se valida mostrando (por medio de un estudio empírico) que los individuos que logran ciertas puntuaciones se

comportan en formas que podrían predecirse por sus puntuaciones.

escalas de validez Escalas de prueba que intentan arrojar luz sobre las actitudes y motivaciones de quien responde la prueba (por ejemplo, presentarse bajo una luz demasiado favorable, exagerar sus problemas o síntomas, responder en forma aleatoria).

evaluación computarizada Uso de computadoras para administrar (y posiblemente interpretar) respuestas a entrevistas clínicas, pruebas de CI, inventarios de informe personal, etcétera.

frases incompletas en blanco La más conocida y más utilizada de las técnicas de frases incompletas, consistente en 40 raíces de enunciados.

interpretaciones de pruebas basadas en computadora Perfiles interpretativos generados por programas de calificación por computadora para varias pruebas psicológicas. El uso de estos perfiles ha sido sometido a un debate intenso.

medidas objetivas de personalidad Herramientas de evaluación de la personalidad en que el examinado responde a un conjunto estándar de preguntas o afirmaciones utilizando un conjunto fijo de opciones (por ejemplo, verdadero o falso, estimaciones dimensionales).

método de frases incompletas Técnica proyectiva simple en que se pide a las personas que completen, por escrito, varios reactivos enunciados (por ejemplo, "A menudo creo que...").

MMPI-2 Medida de psicopatología que se elaboró utilizando un enfoque de codificación por criterio empírico. El MMPI-2 consta de 567 reactivos verdadero-falso y ofrece puntuaciones en diez escalas clínicas, siete escalas de validez y varias escalas de contenido y complementarias. La interpretación del MMPI-2 por lo general se basa en un análisis de todo el perfil, no en reactivos seleccionados. Como el MMPI anterior, el MMPI-2 se ha utilizado con muchos propósitos a lo largo de múltiples escenarios y aún es uno de los principales inventarios de autoinforme de la personalidad y la psicopatología.

Modelo de los cinco factores Modelo general de la personalidad que comprende las dimensiones de neuroticismo, extraversión, apertura, conformidad y escrupulosidad, así como seis facetas que pertenecen a cada dimensión.

NEO-PI-R Medida de autoinforme del modelo de los cinco factores que consiste en 240 afirmaciones, cada una de las cuales se estima en una escala de cinco puntos. Esta prueba produce puntuaciones en los cinco dominios del modelo de los cinco factores (neuroticismo, extraversión, apertura, conformidad y escrupulosidad) al igual que en las seis facetas correspondientes a cada dominio.

Prueba de Apercepción Temática Técnica proyectiva que pretende revelar características de la personalidad de los pacientes interpretando las historias que producen en respuesta a una serie de dibujos.

Rorschach Técnica proyectiva que interpreta las respuestas de las personas a una serie de diez manchas de tinta.

sesgo de la prueba Situación en que se toman diferentes decisiones o se efectúan diversas predicciones para miembros de dos grupos, aun cuando obtengan la misma puntuación en un instrumento.

tasas bases Tasas de frecuencia.

técnicas proyectivas Técnicas de prueba psicológicas que usan las respuestas de las personas a estímulos ambiguos para hacer juicios acerca de su adaptación o desadaptación. Sus defensores creen que los examinados se "proyectan" en los estímulos, revelando por tanto aspectos inconscientes de sí mismos.

validación de contenido Proceso por el cual uno asegura que una prueba medirá en forma adecuada todos los aspectos del constructo de interés. Los métodos de validación del contenido incluyen la definición meticulosa de todos los aspectos pertinentes del constructo, la consulta a expertos, hacer que jueces evalúen la adecuación de cada reactivo potencial y la evaluación de las propiedades psicométricas de cada posible reactivo.

validez incremental Grado en que la puntuación de una escala proporciona información acerca del comportamiento, características de la personalidad o características de psicopatología de una persona que no es proporcionada por otras medidas.

validez de las puntuaciones de corte (umbrales) Grado en que una puntuación de corte particular clasifica con precisión a las personas como poseedoras o no poseedoras del trastorno o rasgo en cuestión.

Sitios web de interés

8-1 Preguntas frecuentes (Frequently Asked Questions; FAQ) sobre pruebas psicológicas

www.apa.org/science/test.html

8-2 Declaración de la APA sobre el uso de pruebas psicológicas seguras en la educación de estudiantes de psicología de licenciatura y posgrado

www.apa.org/science/coft.html

8-3 Examen psicológico de niños de minorías lingüísticas y de culturas diferentes

www.apa.org/pi/oema/psych.htlm

8-4 Psicólogos y personal de la APA dan guías sobre cuándo usar pruebas psicológicas para selección de personal

www.apa.org/monitor/nov95/medexams.html

8-5 Actualización de *Standards for Educational and Psychological Testing* revisados de la APA

www.apa.org/science/standards.html

8-6 Página web del Directorado Científico de Pruebas y Evaluación (Science Directorate Testing and Assessment) de la APA

www.apa.org/science/testing.html

8-7 Localizador de pruebas y revisiones de éstas

www.unl.edu/buros/

NUEVE

Evaluación conductual

PREGUNTAS PRINCIPALES

1. **¿Por qué la evaluación conductual es un proceso progresivo?**
2. **¿Cuáles son las principales diferencias entre evaluación conductual y evaluación tradicional?**
3. **¿Qué factores afectan la confiabilidad y validez de las observaciones?**
4. **¿Qué es el modelo EORC y cómo se aplica a problemas clínicos?**
5. **¿Cuál es la importancia de las variables cognoscitivas en la evaluación conductual?**

RESEÑA DEL CAPÍTULO

En la perspectiva tradicional, la personalidad es un sistema de constructos que influye en gran medida en el comportamiento. Ya sea que el constructo sea el yo, la expectativa, el rasgo, la paranoia o el crecimiento potencial, esta perspectiva se interesa en características personales relativamente estables que contribuyen al comportamiento. Resulta, entonces, que para entender o predecir el comportamiento uno debe evaluar esas variables subyacentes. Ésta es, por supuesto, una simplificación exagerada que enmascara una buena cantidad de desacuerdo, debido a que es probable que los constructos subyacentes que son importantes para un clínico psicoanalítico sean bastante diferentes de aquellos que son importantes para un teórico del aprendizaje social.

Los terapeutas y asesores del comportamiento no ven a la personalidad de manera tradicional, sino en función de tendencias conductuales en situaciones específicas. El enfoque cambia de una búsqueda de características de personalidad subyacentes a uno que observa la interacción entre comportamientos y situaciones. Esta clase de conceptualización conduce a algunos a ver la personalidad más como un conjunto de capacidades (Wallace, 1966). Para ellos, la personalidad se convierte en un conjunto de capacidades o habilidades, en lugar de una constelación de predisposiciones (como necesidades o rasgos) que transmiten la esencia de la persona. La agresión y la dependencia son habilidades, del mismo modo que montar una bicicleta. El centro cambia a propiedades adjetivas en lugar de estar en los sustantivos. Por ejemplo, los terapeutas del comportamiento están interesados en el comportamiento agresivo, no en la agresión.

Tradición conductual

Antes de que examinemos métodos específicos de *evaluación conductual*, consideraremos tres formas amplias en que difiere de la evaluación tradicional.

Muestra frente a signo

En la evaluación tradicional es mucho menos importante una descripción de la situación que la identificación de las características de la personalidad más perdurables. En la evaluación conductual, el problema supremo es lo bien que el dispositivo de evaluación muestrea los comportamientos y situaciones en los cuales está interesado el clínico. Qué tan bien disimulada está la prueba o qué tan profundo llega a las partes recónditas de la personalidad se vuelven preguntas intrascendentes. Hace años, Goldfried (1976) describió la diferencia entre una orientación de *signo* y una de *muestra* en la aplicación de pruebas:

> Cuando las respuestas a la prueba se ven como una muestra, uno supone que son comparables con la forma en que es probable que la persona se comporte en una situación fuera de la prueba. Por tanto, si alguien responde en forma agresiva en una prueba, uno asume que esta agresión ocurre también en otras situaciones. Cuando las respuestas a la prueba se ven como signos, se hace una inferencia de que la ejecución es una manifestación indirecta o simbólica de alguna otra característica. Un ejemplo de respuestas en el Rorschach es el predominio de vista, en las que el individuo reporta que sus [sic] perceptos son vistos como si se vieran desde una distancia. Al interpretar estas respuestas, uno no concluye que el sujeto tiene una gran necesidad de atención optométrica, sino que tales respuestas presumiblemente indican la capacidad de la persona para la autoevaluación y la perspicacia. En la mayor parte, la evaluación tradicional ha empleado un enfoque de signo en oposición a uno de muestra para la interpretación de las pruebas. En el caso de la evaluación conductual, sólo el enfoque de muestra tiene sentido. (pp. 283-284)

Análisis funcional

Otro aspecto central de la evaluación conductual puede rastrearse hasta la noción de Skinner (1953) de *análisis funcional*. Esto significa que se hacen análisis exactos de los estímulos que preceden a un comportamiento y de las consecuencias que lo siguen. La evaluación de la manera en que se relacionan las variaciones en las condiciones y los resultados del estímulo con los cambios en el comportamiento hace posible una comprensión más precisa de las causas del mismo (Haynes y O'Brien, 1990). La tesis principal es que los comportamientos se aprenden y mantienen debido a las consecuencias que los siguen. Por tanto, para cambiar un comportamiento indeseable, el clínico debe 1) identificar las condiciones de estímulo que lo precipitan, y

2) determinar los reforzamientos que lo siguen. Una vez que evalúa estos dos conjuntos de factores, el clínico está en posición de modificar el comportamiento al manipular el estímulo y/o los reforzamientos que intervienen.

Para un análisis funcional es crucial una descripción cuidadosa y precisa. El comportamiento de interés debe describirse en términos observables y medibles, de manera que pueda registrarse con confiabilidad su tasa de ocurrencia. Con igual precisión, se deben especificar las condiciones que lo controlan. Tanto las *condiciones antecedentes* como los *hechos consecuentes* se detallan con cuidado. Se registran acontecimientos como momento, lugar y personas presentes cuando ocurre el comportamiento, junto con los resultados específicos que le siguen.

Supongamos, por ejemplo, que un niño es agresivamente perjudicial en el salón de clases. La evaluación tradicional bien podría dirigirse al análisis de las necesidades que intenta satisfacer. La esperanza es que una vez que se identifiquen estas necesidades, se puedan modificar y el comportamiento indeseable desaparezca. Una evaluación conductual ignoraría los determinantes internos hipotéticos como las "necesidades" y se enfocaría en el objetivo: el comportamiento agresivo. Podría descubrirse que el niño por lo general toma objetos (como un lápiz) de otro (es decir, se comporta en forma agresiva) cuando el maestro está poniendo atención a otros en el salón de clases. Cuando ocurre la agresividad, el maestro casi de manera invariable pone atención al niño perturbador. Un análisis funcional revela que la falta de atención (*estímulo*) es seguida por tomar un lápiz de otro niño (*comportamiento*), el cual a su vez es seguido por atención (*consecuencia*). Una vez que se establece este patrón de relaciones, pueden darse pasos para cambiarlas y así modificar el comportamiento indeseable. Como un ejemplo, podría ponerse al niño solo en un cuarto después del comportamiento perturbador. Se esperaría que este tratamiento altere el comportamiento, debido a que ya no es seguido por consecuencias que el niño encuentra reforzantes. Este escenario puede no parecer muy diferente de lo que muchos padres hacen de modo intuitivo. La diferencia reside en el cuidado y la precisión con la cual se identifica la relación y en la especificación exacta de los comportamientos que se tienen como objetivo. La tabla 9-1 resume varias diferencias entre los enfoques tradicionales y conductuales de la evaluación.

La mayoría de los terapeutas conductuales ha ampliado el método del análisis funcional para incluir variables "orgánicas". Las *variables orgánicas* incluyen características físicas, fisiológicas o cognoscitivas del individuo que son importantes tanto para la conceptualización del problema del paciente como para el tratamiento final que se administra. Por ejemplo, puede ser importante evaluar actitudes y creencias que son características de sujetos propensos a experimentar episodios depresivos debido a su supuesta relación con la depresión así como por su conveniencia como objetivos para la intervención. Un modelo útil para conceptualizar un problema clínico desde una perspectiva conductual es el *modelo EORC* (Kanfer y Phillips, 1970):

E = estímulo o condiciones antecedentes que conducen al comportamiento problemático

O = variables orgánicas relacionadas con el comportamiento problemático

R = respuesta o comportamiento problemático

C = consecuencias del comportamiento problemático

Los clínicos conductuales lo usan para guiarse e informarse respecto a la información necesaria a fin de describir por completo el problema y, al final, las intervenciones que pueden prescribirse.

La evaluación conductual como un proceso progresivo

Como señalaron Peterson y Sobell (1994), la evaluación conductual en un contexto clínico (como la mayor parte de las buenas evaluaciones) no es una valoración de una sola pedrada realizada antes de que se inicie el tratamiento. Más bien, es un proceso progresivo que ocurre antes, durante y después del tratamiento. La evaluación conductual es importante debido a que proporciona información para la selección inicial de estrategias de tratamiento, ofrece un medio de retroalimentación respecto a la eficacia de las estrategias de tratamiento empleadas conforme se utilizan en el proceso de tratamiento, permite la valoración de la efectividad

TABLA 9-1 Diferencias entre los enfoques conductual y tradicional de la evaluación

	Conductual	*Tradicional*
I. Suposiciones		
1. Concepción de la personalidad	Constructos de la personalidad utilizados sobre todo, si es que se usan, para resumir patrones de comportamiento específico	La personalidad como un reflejo de estados o rasgos subyacentes perdurables
2. Causas del comportamiento	Se buscan las condiciones que lo mantienen en el ambiente actual	Intrapsíquicas (dentro del individuo)
II. Implicaciones		
1. Función del comportamiento	Importante como una muestra del repertorio de la persona en una situación específica	El comportamiento adquiere importancia sólo en la medida en que indica causas subyacentes
2. Función de la historia	Relativamente carente de importancia excepto, por ejemplo, para proporcionar una línea base retrospectiva	Crucial en el sentido de que las condiciones presentes se ven como un producto del pasado
3. Consistencia del comportamiento	El comportamiento se considera específico de la situación	Se espera que el comportamiento sea consistente a lo largo del tiempo y en diferentes escenarios
III. Usos de los datos	Para describir comportamientos de interés y condiciones que lo mantienen	Para describir el funcionamiento de la personalidad y la etiología
	Para seleccionar el tratamiento apropiado	Para diagnosticar o clasificar
	Para evaluar y revisar el tratamiento	Para hacer pronósticos; para predecir
IV. Otras características		
1. Nivel de inferencias	Bajo	Medio a alto
2. Comparaciones	Más interés en lo intraindividual o idiográfico	Más énfasis en lo interindividual o nomotético
3. Métodos de evaluación	Más énfasis en métodos directos (por ejemplo, observaciones del comportamiento en el ambiente natural)	Más interés en métodos indirectos (como entrevistas e informes personales)
4. Oportunidad de la evaluación	Más progresivo; antes, durante y después del tratamiento	Previo y quizá posterior al tratamiento, o estrictamente para diagnosticar
5. Alcance de la evaluación	Medidas específicas y de más variables (por ejemplo, de comportamientos de interés en varias situaciones, de efectos secundarios, contexto, ventajas al igual que deficiencias)	Medidas más globales (por ejemplo, de cura, o mejora) pero sólo del individuo

Fuente: adaptado de "Some Relationships Between Behavioral and Traditional Assessment", por D. P. Hartmann, B. L. Roper y D. C. Bradford, *Journal of Behavioral Assessment*, 1979, *1*, 4. Derechos reservados © 1979 por Plenum Publishing Corporation. Reimpreso con autorización.

global del tratamiento una vez completado y resalta factores situacionales que pueden conducir a una recurrencia del comportamiento o comportamientos problemáticos.

La figura 9-1 ilustra la evaluación conductual en diversas etapas del tratamiento (Peterson y Sobell, 1994). Primero, las formulaciones diagnósticas proporcionan descripciones de comportamientos

FIGURA 9-1 Modelo de la función de la evaluación conductual dentro de la terapia del comportamiento

Fuente: Peterson, L. y Sobell, L. C. (1994). "Introduction to the state-of-the-art review series: Research contributions to clinical assessment". *Behavior Therapy, 25,* pp. 523-531. Reimpreso con autorización.



desadaptativos, u objetivos potenciales para la intervención. Segundo, es importante evaluar el contexto o ambiente del paciente (sistema de apoyo social, ambiente físico) debido a su relevancia para la planeación del tratamiento y el establecimiento de metas realistas para el mismo. También es importante valorar los recursos del paciente, como sus habilidades, nivel de motivación, creencias y expectativas. Como señalaron Peterson y Sobell (1994), las evaluaciones iniciales de diagnóstico o comportamientos desadaptativos, contexto del tratamiento y recursos clínicos conducirán de manera natural a un plan de tratamiento inicial basado en los datos. Este plan incluye un establecimiento de metas en colaboración (entre paciente y terapeuta), al igual que criterios de mutuo acuerdo para indicar la mejoría. Las evaluaciones formales del progreso del tratamiento sirven como retroalimentación progresiva, así como vías para construir la eficacia personal del paciente conforme se hacen progresos. La evaluación que sigue a la culminación del tratamiento proporciona datos objetivos respecto al estado final de funcionamiento del paciente, el cual puede compararse con datos de la evaluación previa al tratamiento. Por último, la evaluación minuciosa a lo largo de todas estas etapas proporcionará información respecto a la probabilidad de la recurrencia de los síntomas, incluyendo la identificación de ambientes de "alto riesgo" que pueden conducir a una recaída.

Peterson y Sobell (1994) afirman que este modelo de evaluación conductual tiene gran potencial para cerrar la brecha —a menudo amplia— entre la investigación conductual y la práctica clínica. Como expondremos en el capítulo 14, el campo de la terapia del comportamiento es única en su énfasis en la toma de decisiones basada en datos a lo largo de todas las fases del tratamiento. Por consiguiente, la evaluación conductual no es un lujo, sino una necesidad.

Con estas nociones en mente, pasaremos a examinar algunos de los métodos de evaluación conductual más comunes.

Entrevistas

Es obvio que uno no puede comenzar un análisis funcional o elaborar un programa de tratamiento conductual antes de tener al menos una idea general de cuál es el problema. Para obtener tales ideas, es probable que el clínico conductual recurra a ese antiguo recurso, la entrevista; el mejor y más durable amigo del clínico. Durante las *entrevistas conductuales*, el clínico intenta obtener una impresión general del problema presente y de las variables que parecen mantener el comportamiento problema (Goldfried y Davison, 1994). Otra información que se busca incluye datos históricos relevantes y una evaluación de las virtudes del paciente y de los intentos pasados por afrontar el problema. También son de interés las expectativas del paciente respecto a la terapia. Por último, cuando es factible, puede ser de utilidad que el clínico establezca las metas terapéuticas en un inicio y hable de ellas. Sin embargo, la meta básica de la entrevista es identificar comportamientos problema específicos, factores situacionales que mantienen el comportamiento problema y las consecuencias que resultan del mismo. También debe señalarse que se está incrementando el uso de entrevistas de diagnóstico estructuradas (véase el cap. 6) entre los clínicos conductuales, quienes ven los síntomas de los

PERFIL 9-1

Stephen N. Haynes, Ph. D.



El doctor Stephen N. Haynes es profesor de psicología en la Universidad de Hawai, donde antes fue director del programa de psicología clínica. Es un experto reconocido en el ámbito internacional en evaluación conductual, elaboración y valoración de pruebas psicológicas y psicología de la salud. Además de publicar más de 100 artículos y capítulos de libros, el doctor Haynes es autor de varios libros sobre estos temas. En la actualidad, funge como editor de la revista *Psychological Assessment* y también está en el consejo editorial de otras revistas de psicología clínica importantes.

El doctor Haynes proporcionó las siguientes respuestas a nuestras preguntas sobre sus antecedentes, intereses y puntos de vista

¿Por qué se interesó en un principio en el campo de la psicología clínica?

Mi compromiso con la psicología como una carrera ocurrió en Kalamazoo, Michigan, en un día claro y fresco de primavera durante mi segundo año de bachillerato. Me atraían las cuestiones sobre mi ambiente cuando estaba en bachillerato. Contemplaba el fluir del aire entre las hojas caídas y me preguntaba por qué el agua circulaba por sus canales de drenaje y por qué las chicas se comportaban como lo hacían. En el semestre de primavera de mi segundo año, encontré a la señorita Mountjoy, una nueva profesora que enseñaba un curso de un semestre en psicología. Tuvimos discusiones intrigantes y jocosas de sexo, de la forma en que las personas aprendían y recordaban cosas, y cómo formaban actitudes y lloraban. Éramos capaces de hacer que se sonrojara la señorita Mountjoy casi diario. La psicología era una aplicación fascinante de la ciencia y fue lo más interesante y divertido que hice en el bachillerato. Fue en la mañana de un martes de abril de ese segundo año que decidí que la psicología clínica era algo en lo que podría hacer una carrera.

Describa en qué actividades participa como psicólogo clínico.

Mis actividades docentes actuales se refieren en su mayor parte a investigación en psicopatología clínica y evaluación clínica. Participo en investigaciones de psicopatología sobre las causas de los trastornos del sueño en personas que han experimentado traumas (como un asalto sexual o un trauma de guerra), sobre los efectos del dolor crónico en el sueño, el estado de ánimo y las interacciones sociales, sobre los correlatos psicosociales de los trastornos cardiovasculares y sobre los desencadenadores de la migraña.

Mi investigación sobre la evaluación comprende la elaboración de instrumentos de evaluación para medir problemas personales y sociales importantes. La medición válida de estos problemas es un antecedente necesario para la buena investigación y tratamiento. Los proyectos de investigación actuales abarcan la medición de las respuestas de personas que han experimentado circunstancias traumáticas en su vida, las áreas de satisfacción e insatisfacción de personas casadas, el abuso físico de las esposas por sus maridos, la agresión en las citas amorosas o amistosas entre estudiantes de bachillerato y las interacciones padre-hijo en familias con niños con discapacidades de aprendizaje.

El mejor aspecto de mi investigación es que ocurre en colaboración con muchos colegas excelentes y divertidos y estudiantes de posgrado y de licenciatura. Muchos de los proyectos son dirigidos por estudiantes de posgrado y a menudo son utilizados como sus tesis y disertaciones. De manera típica, cada estudiante de posgrado funciona como un

(continúa)

Perfil 9-1 *(continuación)*

investigador principal y tiene un equipo de estudiantes de licenciatura trabajando para él o ella.

También enseño cursos de evaluación conductual para estudiantes de posgrado. Aprendemos acerca de las entrevistas conductuales, observación, autosupervisión y evaluación psicofisiológica. En estos cursos, estudiamos principios científicos de evaluación psicológica y los aplicamos a la valoración de familias que tienen problemas significativos con sus hijos. La meta de la evaluación es especificar los problemas en la familia y, de mayor importancia, identificar las causas de estos problemas de modo que puedan tratarse.

También disfruto editando y escribiendo. Soy editor de *Psychological Assessment*. Revisamos alrededor de 320 manuscritos al año. Es una experiencia humillante, en la que me enfrento en forma continua con los límites de mi conocimiento y la experiencia impresionante de muchos estudiosos y revisores de la evaluación. Acabo de terminar un libro con William O'Brien sobre evaluación conductual que publicará Plenum Press.

No hago terapia privada, pero trabajo con el sistema de tribunales familiares como tutor voluntario para niños víctimas de abuso o de descuido. Esto implica en su mayor parte el uso de métodos de evaluación conductual en la comunidad —observaciones en casa o escuela, entrevistas— a fin de elaborar juicios sobre la seguridad y la mejor colocación de los niños.

También trabajo con muchos otros profesionales excelentes en la comunidad para ayudarlos a elaborar estrategias de medición y diseños para su investigación clínica.

¿Cuáles son sus áreas particulares de experiencia o interés?

Como señalé antes, las áreas en que me siento competente continúan reduciéndose conforme encuentro la experiencia de otros. Diría que estoy familiarizado en forma de leve a moderada con los métodos para elaborar y valorar instrumentos de evaluación, principios de juicio clínico derivados de información de evaluación (como el análisis funcional), principios de medición y diseños de investigación, incluyendo diseños de series de tiempo de un solo sujeto. Las áreas de contenido con que estoy más familiarizado incluyen psicología de la salud (trastornos del sueño, trastornos cardiovasculares, dolor crónico), psicopatología experimental y problemas matrimoniales.

¿Cuáles son las tendencias futuras que ve para la psicología clínica?

Hay muchas; la mayor parte se basa en el avance de los aspectos científicos de la psicología clínica. El avance del campo se asociará con la investigación continua y un enfoque erudito de la psicología clínica, en particular de la evaluación clínica, y con cambios en los métodos de suministro de servicios. Las tendencias incluyen:

1. Énfasis creciente en tratamientos validados en forma empírica y el uso de instrumentos de evaluación validados de igual modo.
2. Interés en la formulación de casos clínicos para seleccionar los mejores tratamientos.
3. Énfasis en la evaluación progresiva del resultado del tratamiento (mediciones de series de tiempo), utilizando medidas válidas.
4. En la evaluación, el uso creciente de estrategias de evaluación alternativas, como computadoras manuales, entrevistas computarizadas, observaciones clínicas análogas y cuestionarios enfocados en forma específica.

También es probable que cambie el foco de la disciplina:

1. Se subrayará la función del doctor en filosofía como supervisor clínico y administrador.
2. Reducción de los programas costosos de doctorado en psicología debido a la disminución de los honorarios para los doctores en psicología en la práctica privada.

¿Qué tendencias futuras ve en la evaluación conductual?

1. Continuará la integración con la corriente principal de la psicología. Nótese que ahora la mayor parte de los artículos en la *Journal of Consulting and Clinical Psychology* usa alguna forma de método de evaluación conductual, comparado con aproximadamente 0% en los sesenta.
2. Uso creciente de la tecnología de cómputo; por ejemplo, supervisión ambulatoria, computadoras manuales para autosupervisión, instrumentación en otras formas (como la supervisión del uso de medicación o ejercicio).
3. Empleo creciente de la evaluación clínica análoga: observación de interacciones padre-hijo, interacciones matrimoniales, habilidades sociales de los cónyuges abusivos.
4. Una evaluación con una relación costo-beneficio más eficiente: uso de los procedimientos anteriores con utilización de menos tiempo.
5. Comprensión creciente de las fuentes de error en la medición y formas de controlarlos; un interés continuo en un enfoque erudito con fundamentos empíricos de la evaluación psicológica.
6. Una complejidad creciente en el análisis funcional de los pacientes (formulación de caso clínico) y correspondencia de los tratamientos con el análisis funcional.

trastornos mentales como comportamientos problemáticos a los que se dirige la intervención (Morrison, 1988).

Métodos de observación

Observación naturalista

Para evaluar y entender el comportamiento, uno debe conocer primero con qué está tratando. Por tanto, no es de sorprender que la evaluación conductual emplee la *observación* como técnica primaria. Un clínico puede tratar de entender un temor fóbico a las alturas, la evitación de un estudiante a los escenarios de evaluación o la tendencia de cualquiera a comer en exceso. Estas personas se podrían entrevistar o evaluar con inventarios de informe personal; pero muchos clínicos afirmarían que a menos que se les observe en forma directa en sus ambientes naturales, la comprensión verdadera estaría incompleta. Para determinar la frecuencia, intensidad y penetración del comportamiento problema o los factores que lo mantienen, los clínicos conductuales recomiendan la observación directa.

Por supuesto, todo esto es más fácil de decir que de hacer. En sentido práctico, es difícil y costoso mantener observadores entrenados y tenerlos disponibles. Esto es cierto en especial en el caso de los adultos que son tratados como pacientes externos. Es relativamente más fácil lograrlo con niños o con quienes tienen limitaciones cognoscitivas. Del mismo modo es más fácil hacer observaciones en un escenario protegido o institucional. En algunos casos, es posible usar observadores que de manera característica son parte del ambiente de la persona (como el cónyuge, un padre, un maestro, un amigo o una enfermera). En ciertos casos, como veremos más adelante, incluso es posible hacer que el paciente lleve a cabo alguna observación de sí mismo. Por supuesto, existe la cuestión siempre presente de la ética. Los psicólogos clínicos deben asegurarse de que las personas no son observadas sin su conocimiento o que los amigos y compañeros del paciente no son atraídos de manera involuntaria a la red de observación en una forma que comprometa su dignidad y derecho a la intimidad.

Por todas estas razones, la observación naturalista nunca se ha utilizado en la práctica clínica tanto como se podría. En efecto, la observación todavía es más prominente en la investigación que en la práctica clínica. Sin embargo, uno no necesita ser un defensor intransigente del enfoque conductual para conceder la importancia de los datos obtenidos por la observación. Es probable que los clínicos de muchas corrientes hayan llegado a panoramas incompletos de sus pacientes. Después de todo, puede ser que nunca los vean excepto durante los 50 minutos

de la terapia o a través del prisma de los datos de pruebas objetivas o proyectivas. Pero debido a la naturaleza molesta de muchos procedimientos de observación, durante años la mayoría de los clínicos optó por los métodos más simples y aparentemente más eficaces de la evaluación tradicional.

Es difícil que la observación naturalista sea una idea nueva. McReynolds (1975) rastreó sus raíces hasta las civilizaciones antiguas de Grecia y China. Hace alrededor de 50 años, Barker y Wright (1951) describieron sus registros sistemáticos y detallados del comportamiento de un niño de 7 años de edad durante un día (un esfuerzo importante que requirió un libro entero). Más allá de esto, todos reconocemos al instante que nuestras evaluaciones informales de amigos y compañeros son influidas en gran medida por observaciones de su comportamiento que ocurre en forma natural. Pero la observación, como las pruebas, sólo es útil cuando se dan pasos para asegurar su confiabilidad y validez. Conforme tocamos estos temas, el lector puede notar que los diversos factores que afectan la confiabilidad y validez de las observaciones son básicamente los mismos que se expusieron en conexión con la entrevista (Cap. 6).

Ejemplos de observación naturalista

A lo largo de los años se han utilizado muchas formas de observación naturalista para escenarios específicos, entre ellos aulas, patios de juego, hospitales generales y psiquiátricos, ambientes hogareños, instituciones para sujetos con retardo mental y sesiones de terapia en clínicas de consulta externa. Una vez más, es importante señalar que muchos de los sistemas empleados en estos escenarios se han usado más con propósitos de investigación. Pero la mayor parte de ellos son adaptables para su uso clínico.

Observación en casa. Debido a que las experiencias en la familia o en el hogar tienen efectos tan penetrantes en la adaptación, no es sorprendente que se hayan elaborado diversos procedimientos de evaluación para comportamientos que ocurren en este escenario. Uno de los sistemas más conocidos para *observación en casa* es el Sistema de codificación conductual (SCC) elaborado por Patterson (1977) y sus colegas (Jones, Reid y Patterson, 1975). Este sistema de observación se diseñó para usarlo en los hogares de niños predelincuentes que exhibían problemas en las áreas de agresividad y desobediencia. Observadores entrenados pasaban una o dos horas en los hogares de estos niños, observando y registrando las interacciones familiares. Por lo general las observaciones se hacen antes o durante la cena. A los observadores no se les permite interactuar con los miembros de la familia (aunque en ocasiones pueden hablar con ellos antes o después de las observaciones para obtener una mejor aceptación del procedimiento). Cada miembro de la familia es observado durante dos periodos de cinco minutos durante cada ocasión de observación. Se hacen observaciones de comportamientos en 28 categorías, y cada seis segundos durante el periodo en que un miembro determinado de la familia está siendo observado, el observador anota si estos comportamientos han ocurrido o no. En la figura 9-2 se presenta una muestra de una hoja de codificación SCC. Los subintervalos de seis segundos se muestran dentro de cada fila de la hoja y cada fila representa un intervalo de 30 segundos. Entre las 28 categorías estimadas están

HU (Humillar): burlarse, avergonzar o molestar al individuo en forma intencional.

OB (Obediencia): una persona hace de inmediato lo que se le pide.

GI (Gimoteo): una persona dice algo con una voz de falsete mal articulada, nasal y de tono agudo.

En un estudio reciente, Patterson y Forgatch (1995) reportaron datos de observación —en este caso, la suma de diversas categorías de comportamiento hostil (como gritar, humillar, destructividad)— codificados de interacciones en el hogar entre 67 niños y sus respectivas familias. Todos los menores habían sido enviados para tratamiento debido a problemas de comportamiento antisocial. De manera interesante, Patterson y Forgatch (1995) encontraron que las puntuaciones de comportamiento hostil de los niños al término del tratamiento predijeron de manera significativa arrestos futuros durante el periodo de seguimiento de dos años. En contraste, ninguna estimación del maestro, la madre o el padre de los niños a la terminación predijo de manera significativa los arrestos. Por tanto, en este estudio se demostró el valor predictivo de la observación naturalista (sobre estimaciones más tradicionales de padres o maestros).

Observación en la escuela. Los paidopsicólogos clínicos a menudo deben lidiar con problemas de comportamiento que tienen lugar en la escuela; algunos

FIGURA 9-2 Una hoja de codificación en blanco para el SCC
Fuente: tomado de "Naturalistic Observation in Clinical Assessment", por R. R. Jones, J. B. Reid y G. R. Patterson. En P. McReynolds (ed.), *Advances in Psychological Assessment,* vol. 3, p. 56. Derechos reservados © 1975 por Jossey-Bass, Inc. Reimpreso con autorización.

HOJA DE CODIFICACIÓN EN BLANCO PARA EL SCC

Número de familia ______________

Número de identificación ______________

HOJA DE CODIFICACIÓN DEL COMPORTAMIENTO

Fase ______________

Sujeto ______________ Observador ________ Fecha ________ No. ___

AE	Autoestimulación	GI	Gimoteo	OB	Obediencia
AP	Aprobación	GR	Gritar	ON	Orden (negativa)
AT	Atención	HA	Hablar		
DA	Desaprobación	HU	Humillar	OR	Orden
DB	Desobediencia	IG	Ignorar	RC	Recibir
DE	Destructividad	JU	Jugar	RI	Risa
DP	Dependencia	LL	Llorar	SR	Sin respuesta
FN	Contacto físico negativo	MO	Molestar	TA	Tasa alta
		NE	Negativismo	TM	Tocar, manipular
FP	Contacto físico positivo	NO	Normativo		
				TR	Trabajo

1					
2					
• • •					
10					

Descripción ______________

niños son perturbadores en clase, demasiado agresivos en el patio de juego, temerosos en general, se aferran al maestro, no se concentran, etc. Aunque son útiles los reportes verbales de padres y maestros, el procedimiento de evaluación más directo es observar el comportamiento problema en su hábitat natural. Se han elaborado varios sistemas de codificación a lo largo de los años para su uso en la *observación escolar.*

Un ejemplo de sistema de observación conductual utilizado en escenarios escolares es el Formato de observación directa (FOD) de Achenbach (1994) de la Lista de comprobación de comportamiento infantil. El FOD se utiliza para evaluar comportamientos problema que pueden observarse en el aula u otros escenarios (Achenbach, 1994). Consiste en 96 reactivos de problemas, al igual que un reactivo abierto que permite a los evaluadores indicar comportamientos problema no cubiertos por los otros reactivos. Los evaluadores son instruidos para estimar cada reactivo de acuerdo con su frecuencia, duración e intensidad dentro de un periodo de observación de 10 minutos. Se recomienda que se completen de tres a seis periodos de observación de 10 minutos, de modo que puedan promediarse las puntuaciones entre ocasiones (Achenbach, 1994). De esta forma puede obtenerse una estimación más confiable y estable del nivel de problemas de comportamiento del niño en el salón de clases. La tabla 9-2 proporciona una muestra de reactivos del FOD.

TABLA 9-2 Reactivos de muestra del Formato de Observación Directa (FOD) de la Lista de comprobación del comportamiento infantil

Externalización de problemas de comportamiento

1. Discute
2. Desafía o replica al personal
3. Cruel, peleonero o mezquino
4. Molesta a otros niños
5. Ataca físicamente a las personas
6. Interrumpe las actividades de grupo

Internalización del problema de comportamiento

1. Movimientos nerviosos o tics
2. Apático, carente de motivación o no intenta nada
3. Comportamiento apocado o tímido
4. Fija la mirada en blanco
5. Infeliz, triste o deprimido
6. Retraído, no participa con los demás

Nota: todos los reactivos se estiman en una escala de 0 a 3 para el periodo de observación específico. 0 = no observado; 1 = ocurrencia muy ligera o ambigua; 2 = ocurrencia definida con intensidad leve a moderada y duración de menos de tres minutos; 3 = ocurrencia definida con gran intensidad o duración mayor de tres minutos.

Fuente: derechos reservados 1986. T. M. Achenbach; Center for Children, Youth, and Families; University of Vermont, 1 South Prospect Street, Burlington, VT 05401. Reimpreso con autorización

Observación en el hospital. Las técnicas de observación se han usado desde hace mucho en escenarios como hospitales psiquiátricos e instituciones para personas con retardo mental. Las características protegidas de estos escenarios han hecho mucho más factible la observación cuidadosa del comportamiento que en ambientes más abiertos y sin control.

Un ejemplo de un dispositivo para *observación en el hospital* es la Lista de comprobación de muestra conductual temporal (Time Sample Behavioral Checklist; TSBC) elaborada por Gordon Paul y sus asociados (Mariotto y Paul, 1974). Es una lista de comprobación de muestra conductual temporal que puede utilizarse con pacientes psiquiátricos crónicos. Muestra temporal significa que se hacen observaciones a intervalos regulares para un paciente determinado. Los observadores hacen una sola observación de dos segundos del paciente una vez cada hora de vigilia. Por tanto, puede construirse un perfil conductual diario de cada paciente. La confiabilidad entre observadores para esta lista de comprobación ha sido bastante alta de manera típica, y escalas como la TSBC son útiles para proporcionar un panorama conductual amplio del paciente. Por ejemplo, usando la TSBC, Menditto y colaboradores (1996) documentaron cómo una combinación de un medicamento antipsicótico un tanto nuevo (clozapina) y un programa de aprendizaje social estructurado (Paul y Lentz, 1977) ayudó significativamente a disminuir la frecuencia de comportamientos inapropiados y actos agresivos durante un periodo de seis meses en una muestra de pacientes con enfermedad mental crónica en una unidad para pacientes internos.

Observación controlada

La observación naturalista tiene una gran cantidad de atractivo intuitivo. Proporciona un panorama de la forma en que se comportan en realidad los individuos que no está filtrado por informes personales,

inferencias u otras variables contaminantes potenciales. Sin embargo, esto es más fácil de decir que de hacer. En ocasiones la clase de comportamiento en que están interesados los clínicos no ocurre en forma natural. Pueden desperdiciarse mucho tiempo y recursos esperando que se presente el comportamiento o situación correctos. La evaluación de la toma de responsabilidad, por ejemplo, puede requerir día tras día de observación costosa antes de que surja la situación correcta. Entonces, justo en el momento en que el clínico está a punto de comenzar a registrar, alguna "otra" figura inesperada en el ambiente puede aparecer para arruinar la situación cambiando en forma sutil todo su carácter. Además, en situaciones espontáneas que fluyen con libertad, el paciente puede alejarse tanto que no pueden escucharse las conversaciones, o toda la escena puede moverse a lo largo del pasillo con demasiada rapidez como para seguirla. En resumen, los escenarios naturales a menudo colocan a los clínicos a merced de situaciones que en ocasiones pueden aplastar las oportunidades para una evaluación objetiva cuidadosa. Como una forma de manejar estos problemas, los clínicos en ocasiones utilizan la *observación controlada*.

Por muchos años, los investigadores han utilizado técnicas para producir muestras controladas de comportamiento (Lanyon y Goodstein, 1982). En realidad son *pruebas situacionales* que ponen a los individuos en situaciones más o menos similares a las de la vida real y luego se hacen observaciones directas de la forma en que reaccionan. En cierto sentido, es una especie de enfoque de muestra de trabajo en que la situación de prueba conductual y el comportamiento criterio que se predice son bastante similares. Esto reduciría errores en la predicción, en contraste, por ejemplo, con las pruebas psicológicas cuyos estímulos están muy alejados de las situaciones predictivas.

Estudios sobre honestidad y engaño. Los primeros en llegar a esta escena fueron los estudios de Hartshorne y May y sus asociados (1928, 1929, 1930). Aunque Hartshorne y May estaban orientados hacia la investigación, los enfoques que utilizaron han encontrado aplicación directa en el campo de la evaluación. Debido a que veían la personalidad o carácter en función de hábitos de respuesta, intentaron medirla haciendo un muestreo directo del comportamiento. Por ejemplo, si uno desea evaluar la honestidad de los niños, ¿por qué no hacerlo confrontándolos con situaciones donde es posible engañar y luego observar sus respuestas? Esto es lo que hicieron Hartshorne y May al evaluar comportamientos como engañar, mentir y robar. Mediante una serie de escenarios naturales ingeniosos fueron capaces de realizar su investigación en condiciones disimuladas pero muy controladas. Fueron de particular interés los datos que sugerían que el comportamiento engañoso de los niños fue muy específico de la situación y no debería interpretarse como reflejo de un rasgo generalizado.

Respuesta al estrés. Durante la Segunda Guerra Mundial, la demanda urgente de personal de inteligencia militar muy capacitado e ingenioso condujo a la elaboración de una serie de pruebas de estrés situacional. En lugar de utilizar pruebas de personalidad para evaluar la manera en que el individuo podría manejar situaciones perturbadoras o estresantes desde el punto de vista emocional, la Oficina de Servicios Estratégicos (Office of Strategic Services; OSS) de Estados Unidos utilizó tareas asignadas (OSS Assessment Staff, 1948). Por medio de registros objetivos y observación cualitativa por personal capacitado, se emprendió la evaluación de la reacción ante el estrés. Aunque las demandas de la guerra no proporcionaron muy buenas oportunidades para la validación estricta de las técnicas de evaluación de la OSS, dieron un modelo excelente de lo que es posible en la evaluación. La siguiente es una muestra de una tarea de la Oficina de Servicios Estratégicos:

> Tenía que construirse un cubo grande con clavijas, estacas y bloques. En vista de que el trabajo no podía hacerse con una persona, se proporcionaban dos ayudantes, pero la tarea tenía que completarse en 10 minutos. Los ayudantes en realidad eran comparsas que interferían, eran pasivos, hacían sugerencias poco prácticas y cosas por el estilo. Ridiculizaban al candidato y por lo general lo frustraban en forma terrible. De hecho, ningún candidato pudo armar el cubo.

Se utilizaron técnicas algo relacionadas en la selección de candidatos para el Servicio Civil Británico (Vernon, 1950). Aunque el estrés no se incorporó a los procedimientos ingleses, las tareas en que trabajaron los candidatos antes de su selección se ba-



TABLA 9-3 Códigos y definiciones de muestra del Código de comportamiento de Interacción (Interaction Behavior Code; IBC)

Comportamiento negativo

1. *Gritar:* elevar el volumen de la voz de manera iracunda.
2. *Poner apodos:* aplicar un nombre a la otra persona que connote algo negativo. Debe ser un sustantivo.
3. *Leer la mente:* afirmar o atribuir creencias a la otra persona.

Comportamiento positivo

1. *Hacer sugerencias:* ofrecer soluciones e ideas posibles (sin demandar) de cosas que pueden hacerse diferente en el futuro.
2. *Preguntar lo que le gustaría al otro:* intentar averiguar lo que la otra persona desea, espera o prefiere.
3. *Compromiso:* modificar las intenciones o preferencias originales, disposición a hacerlo.

Cada código se estima según si ocurrió durante el marco de tiempo de interés.
Fuente: reimpreso con autorización del autor, Dr. Ronald J. Prinz.

saron en análisis de trabajo cuidadosos. L.V. Gordon (1967) ha evaluado varios enfoques de muestra de trabajo para la evaluación que se utilizan en la predicción del desempeño de los aprendices de los Cuerpos de Paz.

Conflicto padre-adolescente. A fin de evaluar con más precisión la naturaleza y grado del conflicto padre-adolescente, Prinz y Kent (1978) elaboraron el sistema del Código de interacción conductual (Interaction Behavior Code; IBC). Mediante el IBC, varios evaluadores revisaron y estimaron discusiones grabadas en cintas de audio de familias que intentaban resolver un problema sobre el cual estaban en desacuerdo. Los reactivos son estimados por separado para cada miembro de la familia de acuerdo con la presencia o ausencia del comportamiento durante la discusión (o, para algunos reactivos, el grado en que están presentes). Se calculan puntuaciones de resumen promediando las puntuaciones (entre evaluadores) para los comportamientos negativos y los positivos. La tabla 9-3 presenta una muestra de los códigos y definiciones del IBC.

Para el conductista estricto, las técnicas anteriores representan una mezcla de observación e inferencia. Cuando se hacen estimaciones de liderazgo, nivel de estrés o ingenuidad, lo que ocurre es que los observadores están infiriendo algo del comportamiento, no sólo están compilando listas de comportamientos o comprobando ocurrencias.

Técnicas de ejecución controlada

Como se ve en los estudios de evaluación de la Oficina de Servicios Estratégicos, las situaciones artificiales permiten a uno observar el comportamiento en condiciones que ofrecen potencial para el control y la estandarización. Un ejemplo más exótico es el caso en que A. A. Lazarus (1961) evaluó el comportamiento claustrofóbico colocando a un paciente en un cuarto cerrado que se hacía cada vez más pequeño moviendo una pantalla. Del mismo modo, Bandura (1969) ha utilizado películas para exponer a las personas a series graduadas de estímulos que provocan ansiedad.

Una serie de procedimientos de evaluación que utilizan *técnicas de ejecución controlada* para estudiar fobias crónicas a las víboras ilustra varios enfoques para esta clase de medición (Bandura, Adams y Beyer, 1977):

> *Evitación conductual.* La prueba de comportamiento de evitación consistió en una serie de 29 tareas de ejecución que requerían interacciones cada vez más amenazadoras con una boa constrictora de cola roja. Se indicó a los sujetos que se aproximaran a una jaula de vidrio que contenía a la culebra, para verla, tocarla, sostenerla con las manos enguantadas y luego con las manos desnudas; también se les pidió que la dejaran suelta en la habitación y luego la regresaran a la jaula, la sostuvieran a 12



Los psicólogos clínicos pueden utilizar varios dispositivos de evaluación para observar y estimar el grado de conflicto entre padres y adolescentes.
© CORBIS

centímetros de sus caras y por último la toleraran reptando en sus regazos mientras tenían sus manos a sus lados... Los que no pudieron entrar a la habitación que contenía el ofidio recibieron una puntuación de 0; a los sujetos que entraron se les pidió que ejecutaran las diversas tareas en la serie graduada. Para controlar cualquier influencia posible de claves expresivas de la examinadora, ésta se paraba detrás del sujeto y leía en voz alta las tareas que tenía que realizar... La puntuación de evitación era el número de tareas de interacción con la ılebra que el sujeto ejecutó con éxito.

ɔspertar del temor que acompaña a las respuestas de aproximación. Además de la medición de las capacidades de ejecución, se evaluó el grado de temor que despertaba cada respuesta de aproximación. Durante la prueba conductual, los sujetos estimaron en forma oral, en una escala de intervalo como de CI, la intensidad del temor que experimentaban cuando se les describía cada tarea de aproximación a la culebra y de nuevo mientras ejecutaban el comportamiento correspondiente (pp. 127-128).

Es muy importante examinar con cuidado las características requeridas por la situación. Quizá el comportamiento en estas situaciones estresantes no sea similar al comportamiento en la vida real de un paciente. La presencia del clínico, combinada con una actitud de confianza de que no permitirá que ocurra ningún daño al paciente, puede distorsionar de manera significativa la realidad de la situación.

En algunos casos, se han empleado procedimientos de evaluación psicofisiológica con propó-

sitos clínicos y de investigación (Sturgis y Gramling, 1988). Las *medidas psicofisiológicas* se utilizan para evaluar el sistema nervioso central, el sistema nervioso autónomo o la actividad esqueléticomotora en forma discreta (Tomarken, 1995). Estas medidas se han utilizado en la evaluación de muchas condiciones clínicas, incluyendo ansiedad, estrés y esquizofrenia. Los psicólogos clínicos usan medidas psicofisiológicas para complementar otras formas de evaluación más tradicionales. La ventaja de las medidas psicofisiológicas es que pueden evaluar procesos (como la sensibilidad emocional) que no son evaluados en forma directa por informes personales o medidas conductuales, y tienden a ser medidas más sensibles de estos procesos que las medidas alternativas (Tomarken, 1995). Ejemplos de medidas psicofisiológicas incluyen potenciales relacionados con el evento (PRE), actividad electromiográfica (EMG), actividad electroencefalográfica (EEG) y actividad electrodérmica (EDA). Aunque estas medidas ofrecen algunas ventajas al clínico, todavía están sujetas a las mismas consideraciones psicométricas de confiabilidad y validez que otras técnicas de evaluación clínica más tradicionales (Tomarken, 1995).

Autosupervisión

En la exposición previa de la observación naturalista, los procedimientos de observación estaban diseñados para que los usara personal capacitado: clínicos, asistentes de investigación, profesores, enfermeras, encargados de pabellón y otros. Pero tales procedimientos a menudo son costosos tanto en tiempo como en dinero. Además, en la mayor parte de los casos es necesario basarse en muestreos de tiempo o limitar de alguna otra manera la extensión de las observaciones. Cuando se trata con pacientes individuales, a menudo es poco práctico o demasiado costoso observarlos mientras se mueven con libertad durante sus actividades diarias. Por consiguiente, los clínicos se basan cada vez más en la *autosupervisión*, en la cual los individuos observan y registran sus comportamientos, pensamientos y emociones (Ciminero, Calhoun y Adams, 1986; Mahoney, 1977b).

En efecto, se pide a los pacientes que lleven bitácoras o diarios conductuales durante algún período predeterminado. Dicha bitácora puede proporcionar un registro directo de la frecuencia, intensidad y duración de ciertos comportamientos de interés, junto con las condiciones de estímulo que los acompañaron y las consecuencias que siguieron. Estos datos son útiles en especial para decir al clínico y al paciente con cuánta frecuencia ocurre el comportamiento en cuestión. Además, pueden ofrecer un índice de cambio como resultado de la terapia (por ejemplo, comparando la frecuencia de la línea base con la frecuencia después de seis semanas de terapia). Asimismo, puede ayudar a centrar la atención del paciente en el comportamiento indeseable y ayudarle a reducirlo. Por último, los pacientes pueden llegar a darse cuenta de las conexiones entre los estímulos ambientales, las consecuencias de su comportamiento y el comportamiento en sí.

Por supuesto, hay problemas con la autosupervisión. Algunos pacientes pueden ser imprecisos o distorsionar a propósito sus observaciones o registros por varias razones. Otros pueden tan sólo resistirse al proceso. A pesar de estas dificultades obvias, la autosupervisión se ha convertido en una técnica útil y eficiente. Puede dar una gran cantidad de información a un costo muy bajo. Sin embargo, por lo general sólo es efectiva como un agente de cambio junto con un programa mayor de intervención terapéutica.

Se ha elaborado una variedad de auxiliares de supervisión. A algunos pacientes se facilitan contadores o cronómetros pequeños, según lo que se vaya a supervisar. Se han elaborado pequeñas tarjetas tamaño fichero o cartera en que los pacientes pueden registrar sus datos con rapidez y sin obstrucciones. En un nivel más informal, algunos pacientes son alentados a hacer anotaciones en un diario. Estos auxiliares son muy útiles cuando se evalúan o tratan problemas como la obesidad, el tabaquismo, la falta de asertividad y el alcoholismo. Pueden ayudar a reforzar la noción de que los problemas personales pueden reducirse a comportamientos específicos. Por tanto, un paciente que empezó con malestares globales de naturaleza efímera, puede comenzar a ver que "no sentirme bien respecto de mí mismo" denota una incapacidad para defender sus derechos en circunstancias específicas, hablar sin pensar o cualquier otra cosa. En la figura 9-3 se muestra un ejemplo de una bitácora de autosupervisión; en este caso, un registro de pensamiento disfuncional.

FIGURA 9-3 Ejemplo de un registro de pensamiento disfuncional

Fuente: Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond.* Nueva York: Guilford. Reimpreso con autorización.

Fecha/hora	Situación	Pensamiento(s) automático(s)	Emoción(es)	Respuesta adaptativa	Resultado
	1. ¿Qué hecho real o flujo de pensamientos, ensoñaciones o recuerdos condujeron a la emoción desagradable? 2. ¿Qué sensaciones físicas perturbadoras tuvo (si es que tuvo alguna)?	1. ¿Qué pensamiento(s) y/o imagen(es) pasaron por su mente? 2. ¿Cuánto creía en cada uno en ese momento?	1. ¿Qué emoción(es) (tristeza/ansiedad/ira/etc.) sintió en ese momento? 2. ¿Qué tan intensa (0-100%) fue la emoción?	1. (opcional) ¿Qué distorsión cognitiva hizo? 2. Use las preguntas de la parte inferior para componer una respuesta al pensamiento o pensamientos automáticos. 3. ¿Cuánto cree en cada respuesta?	1. ¿Cuánto cree ahora en cada pensamiento automático? 2. ¿Qué emoción(es) siente ahora? ¿Qué tan intensa (0-100%) es la emoción? 3. ¿Qué hará (o qué hizo)?
Viernes 22 [illegible] 10 A.M.	*Hablando por teléfono con Donna*	*Ya no le agrado nada 90%*	*Triste 80%*		
Martes 27 [illegible] 12 P.M.	*Estudiando para mi examen*	*Nunca aprenderé esto 100%*	*Triste 95%*		
Jueves 2[illegible] [illegible] 5 P.M.	*Pensando sobre mi clase de economía de mañana*	*Podrían preguntarme y no daría una buena respuesta 80%*	*Ansioso 80%*		
	Al notar que mi corazón late rápido y mi problema para concentrarme	*¿Qué hay de malo conmigo?*	*Ansioso 80%*		

Preguntas para ayudar a componer una respuesta alternativa: 1) ¿Cuál es la evidencia de que el pensamiento automático es cierto? ¿De que no es cierto? 2) ¿Hay una explicación alternativa? 3) ¿Qué es lo peor que podría pasar? ¿Podría vivirlo? ¿Qué es lo mejor que podría pasar? ¿Cuál es el resultado más realista? 4) ¿Cuál es el efecto de mi creencia en el pensamiento automático? ¿Cuál podría ser el efecto de mi cambio de pensamiento? 5) ¿Qué debería hacer al respecto? 6) Si ______ [nombre de un amigo o amiga] estuviera en la situación y tuviera este pensamiento, ¿qué le diría?

El paciente completa el registro de pensamiento disfuncional (RPD), el cual da a paciente y terapeuta un registro de los pensamientos automáticos del primero que se relacionan con distoria o depresión (J. S. Beck, 1995). Este RPD puede ayudar a ambos a identificar ciertos pensamientos y reacciones para cambiarlos en un tratamiento cognoscitivo conductual para la depresión. Se indica al paciente que complete el RPD cuando note un cambio en su estado de ánimo. Ha de especificar la situación, el o los pensamientos automáticos y las emociones asociadas. Las dos últimas columnas del RPD pueden llenarse en la sesión de terapia y sirven de intervención terapéutica. De esta manera, se enseña a los pacientes a reconocer, evaluar y modificar estos pensamientos disfuncionales automáticos.

Variables que afectan la confiabilidad de las observaciones

Ya sea que sus datos provengan de entrevistas, pruebas u observación, los clínicos deben asegurarse de su confiabilidad. En el caso de la observación, deben tener confianza en que diferentes observadores producirán básicamente las mismas estimaciones y puntuaciones. Por ejemplo, cuando un observador de interacciones en el hogar regresa con estimaciones del comportamiento de un cónyuge como "bajo en empatía", ¿qué seguridad tiene el clínico de que alguien más que estimara el mismo comportamiento en las mismas circunstancias habría hecho el mismo informe? Muchos factores pueden afectar la confiabilidad de las observaciones. Lo que sigue es una buena muestra de estos factores.

Complejidad del comportamiento de interés. Es obvio que entre más complejo sea el comportamiento observado es mayor la oportunidad para una falta de confiabilidad. La evaluación conductual se enfoca en comportamientos de nivel inferior menos complejos (Haynes, 1998). Es probable que las observaciones sobre lo que una persona desayuna (comportamiento de nivel inferior) sean más confiables que las que se centran en el comportamiento interpersonal (comportamiento de nivel superior más complejo). Esto se aplica también a la autosupervisión. A menos que se designen comportamientos acordados en forma específica, el observador tiene un abanico enorme de comportamiento en el cual concentrarse. Por tanto, para identificar un caso de agresión interpersonal, un observador podría reaccionar al sarcasmo mientras otro no lo incluiría y se centraría en actos físicos claros.

Capacitación de los observadores. No hay sustituto para la capacitación cuidadosa y sistemática de los observadores (Foster, Bell-Dolan y Burge, 1988; Tryon, 1998). Por ejemplo, hay que preparar con cuidado y anticipación a aquellos que se enviarán a hospitales psiquiátricos para estudiar el comportamiento de los pacientes y luego efectuar estimaciones diagnósticas. Es necesario informarles en forma extensa de cuál es la definición exacta de, digamos, la depresión, qué comportamientos la representan, etcétera. Su meta no debería ser "complacer" a su supervisor con la obtención (consciente o inconsciente) de datos "útiles" para el proyecto ni protegerse entre sí comentando sus estimaciones y luego "ponerse de acuerdo en estar de acuerdo".

En ocasiones hay casos de *desviación del observador*, en que los que trabajan en una relación estrecha comienzan a desviarse en sus estimaciones en forma sutil, sin percatarse de ello, de otros observadores. Aunque la confiabilidad entre los observadores que se han desviado puede ser aceptable, sólo lo es porque, con el tiempo, han comenzado a cambiar sus definiciones de los comportamientos de interés (Kent y Foster, 1977). En ocasiones, también, no son tan cuidadosos en sus observaciones cuando sienten que están por su cuenta como cuando esperan la supervisión o revisión (Reid, 1970). Para protegerse contra la desviación del observador, deberían realizarse comprobaciones de confiabilidad programadas con regularidad (por un observador independiente) y retroalimentar a los observadores.

Variables que afectan la validez de las observaciones

En este punto, parece innecesario reiterar la importancia de la validez. Hemos encontrado el concepto antes en nuestras exposiciones de las entrevistas y las pruebas; no es menos crucial en el caso de la observación. Pero aquí las cuestiones de validez pueden ser engañosas. Parece obvio en la entrevista que lo que dicen los pacientes al entrevistador quizá no corresponda con su comportamiento real en escenarios fuera de la entrevista o, en el caso de las pruebas

proyectivas, puede haber cuestiones de validez sobre inferir agresión de las respuestas al Rorschach que denoten animales nocivos, sangre o dientes grandes. Después de todo, los perceptos no son lo mismo que un comportamiento "real". Pero en el caso de la observación, las cosas parecen mucho más claras. Cuando un niño es observado molestando a sus compañeros sin misericordia y los reportes de los maestros corroboran estas observaciones, parecería haber poca duda de la validez de los datos de los observadores. ¡La agresión es la agresión! Sin embargo, las cosas no siempre son tan simples, como ilustrará la siguiente exposición.

Validez de contenido. Un esquema de observación conductual incluiría los comportamientos que se consideran importantes para los propósitos de la investigación o clínicos del momento. Por lo general el investigador o clínico que elabora el sistema también determina si el sistema muestra o no validez de contenido. Pero este proceso casi es circular, en el sentido de que un sistema es válido si el clínico decide que es válido. Al elaborar el Sistema de codificación conductual (SCC), Jones y sus colaboradores (1975) burlaron este problema organizando varias categorías de comportamientos nocivos en niños y luego las sometieron a estimaciones. Al usar las estimaciones de las madres fueron capaces de confirmar sus propios juicios clínicos *a priori* respecto a si ciertos comportamientos desviados eran nocivos o aversivos.

Validez concurrente. Otra forma de enfocar la validez de las observaciones es preguntar si las estimaciones de observación obtenidas por uno corresponden a lo que otros (como maestros, cónyuge, amigos) han observado en el mismo marco de tiempo. Por ejemplo, ¿las estimaciones de observación de la agresión de los niños en el patio de juegos hechas por observadores entrenados concuerdan con las estimaciones de los compañeros de los niños? En resumen, ¿los niños perciben la agresión entre ellos como lo hacen los observadores?

Validez de constructo. Los sistemas de observación por lo general se derivan de alguna estructura teórica implícita o explícita. Por ejemplo, el SCC de Jones y colaboradores (1975) se derivó de una estructura del aprendizaje social que ve la agresión como el resultado del aprendizaje en la familia. Cuando las recompensas por la agresión son considerables, ésta se presentará. Cuando dichas recompensas ya no son contingentes con el comportamiento, la agresión debería amainar. Por consiguiente, la validez de constructo del SCC podría demostrarse mostrando que el comportamiento agresivo de los niños declina desde un punto de línea base después del tratamiento clínico, definido éste como un reordenamiento de las contingencias sociales en la familia en una forma que debería reducir la incidencia de la agresión observada.

Mecánica de la estimación. Es importante especificar una *unidad de análisis* (Tryon, 1998). Una unidad de análisis es el tiempo durante el que se harán las observaciones, junto con el tipo y número de respuestas que se deben considerar. Por ejemplo, podría decidirse el registro de todo movimiento o gesto físico realizado durante 1 minuto cada 4 minutos. El tiempo total de observación podría consistir en un periodo de receso de 20 minutos para niños de jardín de niños. Esto significa observar al niño durante un minuto cada cuatro minutos y registrar todos los movimientos físicos. Luego estos movimientos se codificarían o estimarían en cuanto a la variable en estudio (como agresión, solución de problemas o dependencia).

Además de las unidades de análisis elegidas, también debe decidirse la forma particular en que se harán las estimaciones. Uno podría decidir registrar comportamientos a lo largo de una dimensión de *intensidad*: ¿cuán intenso fue el comportamiento agresivo? También se podría incluir un registro de *duración*: ¿cuánto duró el comportamiento? O podría utilizarse un simple conteo de *frecuencia*: ¿cuántas veces ocurrió el comportamiento en estudio en un periodo designado?

Fuera de esto, debe elaborarse un procedimiento de calificación. Dichos procedimientos pueden variar de hacer marcas de comprobación en una hoja de papel en un portapapeles hasta el uso de contadores, cronómetros e incluso computadoras portátiles. Todos los observadores, por supuesto, emplearán el mismo procedimiento.

Error del observador. Nadie es perfecto. Hay que supervisar a los observadores de vez en cuando para asegurar la precisión de sus reportes. En ocasiones simplemente se equivocan o creen que han observado cosas que nunca sucedieron. El grito de un menor

puede atribuirse por accidente a otro niño. O quizá el grito se codifica como agresión verbal cuando representó una especie de camaradería. En otros casos, puede no ser tanto un error sino prejuicio. Por alguna razón, a un observador puede no agradarle una persona en una familia que se está observando. Ese observador puede tender a dar una estimación menos que favorecedora para esa persona siempre que surge la oportunidad. En ocasiones sucede que una persona observada hace algo al principio de la secuencia de observación, quizá solucionar un problema rápido o efectuar un comentario inteligente, ante lo que reacciona el observador. El resultado es una especie de efecto de halo, de modo que más tarde el observador tiene mayor probabilidad de asignar estimaciones favorables a esa persona. Cualquiera que sea la naturaleza del prejuicio o error potenciales, es importante tener sesiones de capacitación cuidadosas para los observadores con anticipación, junto con sesiones de revisión periódicas, para ayudar a mantener a raya estas fuentes de problemas.

Reactividad. Otro factor que afecta la validez de las observaciones se llama *reactividad*. Los pacientes o participantes en estudios en ocasiones reaccionan al hecho de que están en observación cambiando la forma en que se comportan. La persona parlanchina de pronto se vuelve callada. El cónyuge quejumbroso se convierte en el epítome del autosacrificio. En ocasiones un individuo puede sentir incluso la necesidad de disculparse por el perro diciendo: "nunca hace esto cuando está solo con nosotros". En cualquier caso, la reactividad puede obstaculizar en forma considerable la validez de las observaciones, pues hace que el comportamiento observado no sea representativo de lo que ocurre normalmente. El peligro real de la reactividad es que el observador puede no reconocer su presencia. Si el comportamiento observado no es una muestra verdadera, esto afecta el grado con que uno puede generalizar a partir de este caso de comportamiento. Entonces, también, los observadores pueden interferir sin querer o influir en el comportamiento que fueron a observar. En el caso de disfunción sexual, por ejemplo, Conte (1986) ha señalado que las estimaciones conductuales son tan indiscretas que los clínicos por lo general tienen que basarse en métodos de informe personal.

Validez ecológica. Uno de los problemas más grandes en la psicología (y uno que nunca se ha resuelto por completo) es al que Brunswik (1947) se refirió hace muchos años como *validez ecológica*. La cuestión básica es si los clínicos obtienen en realidad muestras representativas de comportamiento o no. ¿El comportamiento de hoy del paciente es el típico o es producto de algún estímulo que no es característico? Esta pregunta va más allá de la simple reactividad. Cuestiona si los observadores tienen una muestra lo bastante grande o no para asegurar que sus observaciones sean representativas. Es dudoso que cualquier fragmento de comportamiento sea típico de un paciente determinado. Si es así, ¿la muestra de 4 o 10 o 20 casos es el número apropiado? Todas las áreas de la psicología han intentado resolver este problema desde hace mucho. ¿Un experimento sobre altruismo es una muestra lo bastante buena de todas las situaciones posibles para permitir a los psicólogos generalizar sobre ello? ¿Las respuestas a tres tarjetas de la TAT son una muestra suficiente para permitir generalizaciones radicales sobre la estructura de las necesidades del paciente? ¿Las observaciones de pacientes hospitalizados a punto de ser sometidos a cirugía son lo bastante generales como para sugerir cómo podrían reaccionar estos pacientes ante otras situaciones estresantes?

Sugerencias para mejorar la confiabilidad y la validez de las observaciones

Las siguientes sugerencias se ofrecen como formas de mejorar la confiabilidad y validez de los procedimientos de observación. Al igual que las recomendaciones similares ofrecidas para las entrevistas (Cap. 6), a menudo no pueden ponerse en práctica por completo en situaciones clínicas. No obstante, estar al tanto de estos puntos puede ayudar a enfocar la atención del clínico en direcciones que mejorarán la validez de las observaciones.

1. Elegir los comportamientos de interés que son relevantes y comprensivos. Especificar comportamientos directos y observables que puedan definirse con objetividad.
2. Al especificar estos comportamientos, trabajar tanto como sea posible desde una estructura teórica explícita que ayudará a definir los comportamientos de interés.
3. Emplear observadores entrenados cuya confiabilidad se haya establecido y que estén familiarizados con el objetivo y el formato de observación estandarizado que se utilizará.

4. Asegurarse de que el formato de observación se especifica en forma estricta, incluyendo las unidades de análisis, la manera en que se harán las estimaciones de los observadores, los procedimientos de observación exactos, el esquema de calificación y el programa de observación que se seguirá.
5. Estar al tanto de las fuentes potenciales de error en las observaciones como el prejuicio y las fluctuaciones en la concentración.
6. Considerar la posibilidad de la reactividad de parte de los observados y la influencia general de advertir que están en observación.
7. Por último, considerar con cuidado cuestiones como cuán representativas son las observaciones en realidad y cuánto puede generalizarse a partir de ellas al comportamiento en otros escenarios.

Tendencias contemporáneas en la adquisición de datos

Haynes (1998) ha bosquejado en fechas recientes varias formas en que los avances tecnológicos han comenzado a cambiar la cara de los métodos de evaluación conductual que comprenden la observación. Primero, la disponibilidad de computadoras portátiles y manuales facilita la codificación de datos de observación por parte de los evaluadores. Segundo, pueden asignarse computadoras manuales a los pacientes, de modo que éstos puedan proporcionar datos de autosupervisión en tiempo real. Una ventaja de utilizar computadoras manuales es que pueden programarse para incitar a los pacientes a responder preguntas en momentos específicos del día o la noche. Por último, los datos de computadoras portátiles o manuales pueden cargarse en otras computadoras con mayor capacidad de procesamiento y memoria, de modo que las observaciones puedan agregarse, calificarse y analizarse. Es evidente que los evaluadores conductuales continuarán capitalizando los avances tecnológicos futuros.

Métodos de representación de papeles

La *representación de papeles* es otra técnica que se ha utilizado en la evaluación conductual durante muchos años. Rotter y Wickens (1948) sugirieron este procedimiento para la evaluación conductual hace muchos años. Goldfried (1976) cataloga varios casos en que se ha utilizado la representación de papeles, en particular en el área del entrenamiento de la asertividad. Goldfried y Davison (1994) también exponen la representación de papeles o *ensayo conductual* como un medio para entrenar patrones de respuesta nuevos. Aunque la representación de papeles es una técnica clínica antigua, los evaluadores conductuales han llevado a cabo pocos estudios sistemáticos sobre los problemas metodológicos inherentes a la técnica como un medio de evaluación; entre ellos, características de la demanda, estandarización de procedimientos, efectos de halo en el observador y problemas de muestreo correspondientes a la selección de papeles.

Esta técnica se ha utilizado en forma amplia en la evaluación de habilidades sociales y asertividad. En un estudio de habilidades sociales en hombres tímidos, por ejemplo, Twentyman y McFall (1975) elaboraron seis situaciones de comportamiento social que requerían que el individuo representara un papel. Se instruyó a los participantes para que respondieran en voz alta como lo harían en realidad en la situación que se les describía. Por ejemplo:

> Usted está en un descanso en su trabajo. En la cafetería ve a una joven que tiene más o menos su edad. Ella trabaja en otra parte de la tienda, y en consecuencia no la conoce muy bien. Le gustaría hablar con ella. ¿Qué le diría? (p. 386)

Una vez que el individuo comenzaba a hablar, una asistente entrenada respondía a sus esfuerzos. La conversación continuaba hasta que el participante terminaba la conversación o transcurrían 3 minutos.

McFall y Lillesand (1971) también utilizaron la representación de papeles en la evaluación de la asertividad. Se pedía a los individuos que respondieran en voz alta a nueve estímulos pregrabados. Por ejemplo:

> *Narrador:* una persona que usted no conoce muy bien va a casa a pasar el fin de semana. Esta persona tiene algunos libros que debe entregar a la biblioteca y le pregunta si usted podría llevarlos para no entregarlos con retraso. Desde donde vive usted hay que caminar 25 minutos hasta la biblioteca, los libros son pesados y usted no tenía planeado ir cerca de la biblioteca ese fin de semana. ¿Qué le diría? (El sujeto responde en voz alta.) (p. 315)

Es obvio que las técnicas de representación de papeles no son nuevas. Se han usado como dispositivos terapéuticos durante muchos años (por ejemplo, Kelly, 1955; Moreno, 1946). El clínico de orientación conductual está interesado en ellas porque proporcionan un medio simple y eficiente de muestrear las habilidades y deficiencias conductuales del paciente. Sin embargo, no podemos dar por hecho que las habilidades conductuales desarrolladas en la sala de terapia se practiquen en forma consistente en el mundo real.

Inventarios y listas de comprobación

Los clínicos conductuales han empleado una variedad de técnicas de informe personal para identificar comportamientos, respuestas emocionales y percepciones del ambiente. La Encuesta de temor (Fear Survey Schedule) (Geer, 1965; Lang y Lazovik, 1963) se ha utilizado en forma amplia. Consiste en 51 situaciones que potencialmente despiertan temor y requiere que el paciente estime el grado de temor que genera cada situación. Otros inventarios de informe personal usados con frecuencia incluyen el Programa de asertividad Rathus (Rathus Assertiveness Schedule) (Rathus, 1973), el Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory) (Beck, 1972), el Informe Personal Juvenil (Youth Self Report) (Achenbach, 1991) y el Formato de Conflicto Matrimonial (Marital Conflict Form) (Weiss y Margolin, 1977).

Es notable que estén ausentes de este listado breve y parcial de inventarios los instrumentos que tienen una orientación diagnóstica psiquiátrica. Desde el punto de vista histórico, ésta ha sido una omisión consciente por parte de los evaluadores conductuales, quienes por lo general encuentran poco mérito en la clasificación psiquiátrica (Follette y Hayes, 1992). Sus pruebas estaban más orientadas hacia la evaluación de deficiencias conductuales específicas, impropiedad conductual y ventajas conductuales (Sundberg, 1977). El foco de los inventarios conductuales es, en resumen, el comportamiento. Se pregunta a los pacientes sobre acciones, sentimientos o pensamientos específicos que minimizan la necesidad de hacer inferencias sobre lo que significa su comportamiento.

También se han elaborado inventarios que evalúan la percepción de la persona del ambiente social (Insel y Moos, 1974). Las escalas que han elaborado Moos y sus colegas intentan evaluar los ambientes en función de las oportunidades que proporcionan para las relaciones, el crecimiento personal y el mantenimiento y cambio de los sistemas. Hay escalas separadas para diversos ambientes, incluyendo el trabajo, la familia, los salones de clases, los pabellones de hospitales y otros.

Evaluación cognitiva conductual

Como veremos en capítulos posteriores, los enfoques conductuales han adquirido una orientación cada vez más cognitiva (Goldfried y Davison, 1994; Meichenbaum, 1977). Cogniciones y comportamientos se están volviendo el tema de estudios intensos, en cuanto se relacionan con el desarrollo de una situación patológica, su mantenimiento y los cambios en ella (Kendall y Hollon, 1981). La idea de que las cogniciones y pensamientos del paciente (desde autoimágenes hasta autoafirmaciones) desempeñan una función importante en el comportamiento (Brewin, 1988) es central para este tipo de *evaluación cognitiva conductual*. En efecto, Meichenbaum (1977) preconiza un *enfoque cognitivo funcional*. En esencia, esto significa que se precisa un análisis funcional de los procesos de pensamiento del paciente a fin de planear la estrategia de intervención. Debe efectuarse un inventario meticuloso de estrategias cognitivas para determinar cuáles cogniciones (o ausencia de ellas) están ayudando o interfiriendo con la ejecución adecuada, y en qué circunstancias.

Como señalan Parks y Hollon (1988), se dispone de varios métodos y procedimientos para evaluar el funcionamiento cognoscitivo. Por ejemplo, es posible indicar a los pacientes que "piensen en voz alta" o verbalicen pensamientos inmediatos; también pueden reportar sus pensamientos y sentimientos en reacción a conversaciones pregrabadas de diversos tipos (como situaciones estresantes de evaluación social); pueden completar escalas de estimación cuyos reactivos se dirigen a cogniciones adaptativas y desadaptativas que pueden haber ocurrido en el pasado, y pueden enumerar pensamientos presentes como reacción a estímulos específicos (por ejemplo, temas o problemas) que se les presentan.

Un buen ejemplo proviene del trabajo en que se efectuó un análisis de tarea de comportamiento asertivo (Schwartz y Gottman, 1976). Las autoafirmaciones cognitivas en cuanto se relacionan con

situaciones de asertividad, se evaluaron por medio de la Prueba de autodeclaración de asertividad (Assertiveness Self-Statement Test; ASST). Es un cuestionario de 34 reactivos, con 17 autoafirmaciones positivas que facilitarían rehusar una petición y 17 autoafirmaciones negativas que lo dificultarían. Por ejemplo:

Positivo: estaba pensando que soy perfectamente libre de decir que no; estaba pensando que esta petición es irrazonable.

Negativo: estaba preocupado por lo que la otra persona pensaría de mí si me rehusaba; estaba pensando que la otra persona podría sentirse herida o insultada si me rehusaba. (Schwartz y Gottman, 1976, p. 913)

Por medio de esta evaluación queda claro cuál papel representan las autoafirmaciones en el mantenimiento de problemas como la falta de asertividad.

Pueden aplicarse procedimientos similares a problemas como comer en exceso, depresión y timidez. Por ejemplo, para evaluar el temor de temer de los agorafóbicos, Chambless, Caputo, Bright y Gallagher (1984) han elaborado una escala que comprende pensamientos sobre las consecuencias negativas cuando uno experimenta ansiedad. Otro ejemplo de evaluación cognitiva proviene del trabajo de Seligman y colaboradores (1988). Mediante el Cuestionario de Estilo de Atribución (Attributional Style Questionnaire) encontraron que las explicaciones más saludables para los acontecimientos se dieron entre pacientes depresivos después de un curso de terapia cognitiva.

También se dispone de métodos que evalúan múltiples constructos cognitivos al mismo tiempo (Linscott y DiGiuseppe, 1998). Por ejemplo, Davison, Robins y Johnson (1983) han utilizado un método en que los participantes escuchan una cinta grabada que presenta varias situaciones problema. Cada 10 o 15 segundos, la cinta hace una pausa de modo que los participantes puedan reportar cuanto tengan en la mente en ese momento. Los resultados de numerosos estudios sugieren que el método revela la forma en que piensan las personas sobre situaciones difíciles e inocuas (Davison y Neale, 1998), además de cogniciones relacionadas con una variedad de condiciones que incluyen depresión, ansiedad, conflicto familiar y agresión (Linscott y DiGiuseppe, 1998).

Comentarios concluyentes

Es laudable el uso de métodos de evaluación más sistemáticos y precisos en el campo de la evaluación conductual. Los evaluadores conductuales operacionalizan el problema clínico al especificar los comportamientos de interés para la intervención. Además, se llevan a cabo múltiples evaluaciones de estos comportamientos antes, durante y después del tratamiento. Por último, los resultados de la evaluación se usan para informar o modificar el tratamiento. Esto contrasta con la evaluación "tradicional" en que, con demasiada frecuencia, la evaluación ocurre sólo una vez, ya sea antes o en las etapas iniciales del tratamiento. Además, a menudo no está clara la forma en que los resultados de esta evaluación influyen en el tratamiento.

Sin embargo, la precisión y amplitud de los métodos de evaluación conductual parecen ser al mismo tiempo una ventaja y una desventaja. Muchas de estas técnicas han demostrado ser poco prácticas en escenarios clínicos. Algunos de los métodos de observación natural, al igual que los métodos de evaluación psicofisiológica, consumen bastante tiempo y son costosos. Por consiguiente, los clínicos conductuales han comenzado a incorporar métodos y medidas más rápidos en sus evaluaciones. Por ejemplo, ahora es bastante común administrar algún tipo de inventario de informe personal como parte de la batería de evaluación conductual. Por supuesto, estos inventarios contienen reactivos de una naturaleza más cognitiva o conductual que los que se encuentran en los inventarios de informe personal tradicionales. Sin embargo, todas estas medidas suponen que el informe personal de un paciente transmite una representación precisa de su comportamiento o procesos cognitivos. Los primeros conductistas tenían poca fe en estos tipos de inventarios de informe personal.

Otro avance interesante en el campo es la aparente aceptación del esquema de clasificación del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM). Los evaluadores conductuales, en general, conceden ahora que dicha formulación diagnóstica puede ser útil como un componente de la evaluación general. Los diagnósticos deben complementarse con datos de métodos conductuales más tradicionales. Más no fue hace mucho que los clínicos conductuales no sólo ignoraban la

información diagnóstica de los trastornos mentales, sino que atacaban la legitimidad y utilidad de esta fuente de información. Por supuesto, todavía existen algunos conductistas radicales que sostienen esta perspectiva bastante anacrónica sobre los diagnósticos de trastorno mental. Sin embargo, son una minoría.

¿Por qué el cambio de parecer para la mayoría de los conductistas? Cabe una multitud de explicaciones, pero resaltan varias posibilidades. Primera, los criterios para los diversos trastornos mentales se han vuelto cada vez más objetivos y conductuales. Segunda, los clínicos conductuales han descubierto algún grado de utilidad en el uso de denominaciones diagnósticas. Estos diagnósticos describen constelaciones de comportamientos desadaptativos que pueden ser objeto de intervención y también pueden ayudar al clínico a anticipar cuáles otros síntomas (distintos de los comportamientos de interés) pueden cambiar como resultado del tratamiento. Estas predicciones se basan en los patrones de covariación establecidos entre los síntomas del trastorno. Por ejemplo, un incremento en la cantidad de interacción social en que participa un paciente deprimido puede dar como resultado menos reportes de estado de ánimo deprimido. Aunque se necesita más investigación respecto a la covariación entre comportamientos problemáticos (Kazdin, 1985), los conjuntos de criterios (listas de síntomas) para los trastornos mentales nos dan al menos hipótesis iniciales acerca de cuáles comportamientos pueden cambiar o no como resultado del tratamiento.

Por último, es notable que los fenómenos y procesos cognitivos sean considerados ahora como objetos más legítimos para la evaluación y la intervención conductuales. En la evaluación conductual, no sólo se muestrean comportamientos, condiciones estímulo/antecedentes y consecuencias, sino también variables "orgánicas" (Goldfried y Davison, 1994). Estas variables orgánicas pueden incluir una variedad de factores fisiológicos, pero también se evalúan muchas variables cognitivas. En particular, se consideran importantes las expectativas del paciente: sus esperanzas concernientes a la naturaleza y significado del problema presente, los estándares mínimos de éxito que establece y sus expectativas de la terapia conductual son sólo unas cuantas de las variables que se valoran en la evaluación conductual contemporánea. Los terapeutas conductuales parecen haber encontrado que una adhesión demasiado rígida a los modelos de aprendizaje que no incorporan variables orgánicas es demasiado restrictiva.

Sin embargo, esto no deja la puerta abierta a *cualquier* clase de medida fisiológica o cognoscitiva. Más bien, estas medidas y métodos deben satisfacer las mismas normas rigurosas establecidas para los métodos conductuales más tradicionales. Debe demostrarse la validez, no suponerse. Por ejemplo, una medida cognoscitiva que pretende relacionarse con el trastorno de pánico (como las creencias de "incontrolabilidad"), debe correlacionarse con otras medidas conductuales de síntomas del trastorno de pánico, y los cambios en estas creencias deben dar como resultado alguna mejora en otros síntomas del trastorno de pánico y conducir a un mejor resultado en el futuro. Por medio de estos y otros procedimientos, puede establecerse la validez concurrente y predictiva de una medida al igual que su utilidad para el tratamiento (Hayes, Nelson y Jarrett, 1987; Kazdin, 1985).

Resumen del capítulo

La evaluación conductual difiere de la evaluación tradicional en varias formas fundamentales. La primera enfatiza las evaluaciones directas (observaciones naturalistas) del comportamiento problemático, las condiciones antecedentes (situacionales) y las consecuencias (reforzamiento). Al realizar este análisis funcional, los clínicos pueden comprender con más precisión el contexto y las causas del comportamiento. También es importante señalar que la evaluación conductual es un proceso progresivo, presente en todos los puntos a lo largo del tratamiento.

Hemos examinado algunos de los métodos de evaluación conductual más comunes. Las entrevistas conductuales se utilizan para obtener un panorama general del problema presente y de las variables que parecen estar manteniendo el comportamiento problemático. Los métodos de observación proporcionan al clínico una muestra real (en lugar de un informe personal) de dicho comportamiento. Pueden hacerse observaciones en condiciones naturales (según ocurre el comportamiento de manera típica y espontánea) o en condiciones más controladas (en situaciones o condiciones simuladas o artificiales).

Los evaluadores conductuales también pueden hacer que los pacientes se autosupervisen ("se observen") sus propios comportamientos, pensamientos y emociones. Una variedad de factores puede afectar tanto la confiabilidad como la validez de las observaciones, incluyendo la complejidad del comportamiento que se va a observar, la forma en que son capacitados y supervisados los observadores, la unidad de análisis elegida, el sistema de codificación conductual que se utilizará, la reactividad al ser observado y la representatividad de las observaciones.

Por último, hemos expuesto el uso de la representación de papeles o ensayo conductual, de los inventarios o listas de comprobación basados en el comportamiento y de evaluaciones con un enfoque más cognitivo. Es probable que el futuro de la evaluación conductual incluya más métodos de evaluación cognoscitiva y psicofisiológica, y que aproveche los avances tecnológicos (como los métodos de adquisición de datos asistidos por computadora) a fin de hacer más precisa, válida y eficiente la evaluación conductual.

Términos clave

análisis funcional Característica central de la evaluación conductual. En un análisis funcional, se realizan análisis cuidadosos de los estímulos que preceden a un comportamiento y las consecuencias que le siguen, a fin de obtener una comprensión precisa de las causas del comportamiento.

autosupervisión Técnica de observación en que los individuos observan y registran sus comportamientos, pensamientos o emociones (incluyendo información sobre oportunidad, frecuencia, intensidad y duración).

condiciones antecedentes Condiciones estímulo o condiciones que conducen al comportamiento de interés.

desviación del observador Fenómeno en que los observadores que trabajan en una relación muy estrecha comienzan a desviarse en forma sutil, y sin percatarse de ello, de otros observadores en sus estimaciones.

enfoque cognitivo funcional Enfoque de la evaluación que exige el análisis funcional de los procesos de pensamiento del paciente. En este enfoque, el clínico completa un análisis cuidadoso de las cogniciones de la persona, la forma en que ayudan o interfieren con la ejecución y en qué situaciones ocurre esto.

ensayo conductual Representación de papeles. El término *ensayo conductual* se utiliza por lo general en casos en que el paciente está tratando de desarrollar un patrón de respuesta nuevo.

entrevistas conductuales Entrevistas realizadas para identificar un comportamiento problema, los factores situacionales que lo mantienen y las consecuencias que resultan del comportamiento.

evaluación cognitiva conductual Enfoque de la evaluación que reconoce que los pensamientos o cogniciones de la persona desempeñan una función importante en el comportamiento.

evaluación conductual Enfoque de la evaluación que se centra en las interacciones entre situaciones y comportamientos con el propósito de efectuar el cambio conductual.

hechos consecuentes Resultados o acontecimientos que siguen al comportamiento de interés.

modelo EORC Modelo para conceptualizar los problemas clínicos desde una perspectiva conductual. En este modelo, E = estímulo o condiciones antecedentes que producen el comportamiento problemático, O = las variables orgánicas relacionadas con el comportamiento, R = la respuesta o el comportamiento en sí y C = las consecuencias del comportamiento.

muestra La evaluación conductual utiliza una orientación de "muestra" para las pruebas; es decir, la meta es reunir ejemplos que sean representativos de las situaciones y comportamientos de interés.

observación Técnica primaria de evaluación conductual. La observación se utiliza a menudo para comprender mejor la frecuencia, intensidad y penetración del comportamiento problema, al igual que los factores que lo mantienen.

observación controlada Método de observación en que el clínico ejerce cierta cantidad de control determinado sobre los hechos en observación. Puede preferirse la observación controlada en situaciones en que un comportamiento no ocurre con mucha frecuencia por sí solo o donde es probable que los acontecimientos normales saquen al paciente del rango del observador.

observación escolar Observación conductual que se realiza en el escenario escolar. Al igual que con la observación en casa, observadores entrenados observan al paciente utilizando un sistema de observación apropiado.

observación en casa Observación que realizan en el hogar del paciente observadores entrenados que uti-

lizan un sistema apropiado de estimación de la observación.

observación en el hospital Observación que se lleva a cabo en hospitales o instituciones psiquiátricas utilizando un dispositivo de observación diseñado con ese propósito.

prueba situacional Técnica de observación controlada en que el clínico coloca a individuos en situaciones más o menos similares a las de la vida real y observa sus reacciones en forma directa.

reactividad En el contexto de la observación, la reactividad se refiere al fenómeno en que los individuos responden cambiando su comportamiento al hecho de estar en observación.

representación de papeles Técnica en que se dirige a los pacientes a responder como lo harían si estuvieran en una situación determinada. Puede describirse la situación, o un asistente puede actuar la parte de otra persona.

signo La evaluación tradicional utiliza un enfoque de "signos" para la prueba; es decir, la meta es identificar marcas de características subyacentes.

técnica de ejecución controlada Procedimiento de evaluación en que el clínico coloca a los individuos en situaciones de ejecución cuidadosamente controladas y recopila datos sobre su ejecución o comportamientos, sus reacciones emocionales (estimadas en forma subjetiva) y/o varios índices psicofisiológicos.

unidad de análisis En el contexto de la observación, la unidad de análisis se refiere a la longitud del tiempo en que se harán las observaciones y el tipo y número de respuestas que se estimarán.

validez ecológica En el contexto de la evaluación conductual, grado en que los comportamientos analizados u observados son representativos del comportamiento típico de una persona.

variables orgánicas Características físicas, fisiológicas o cognitivas del paciente que son importantes para la conceptualización de su problema y la formulación de tratamientos efectivos.

Sitios web de interés

9-1 Asociación para el Avance de la Terapia del Comportamiento (Association for Advancement of Behavior Therapy; AABT)

http://www.aabt.org

9-2 Asociación para el Análisis del Comportamiento (Association for Behavior Analysis; ABA)

www.wmich.edu/aba/

9-3 División del Análisis Experimental del Comportamiento (Division of the Experimental Analysis of Behavior; División 25 de la APA)

www.apa.org/divisions/div25/

9-4 Recursos para el análisis del comportamiento

http://typhoon.coedu.usf.edu/behavior/index.html



capítulo DIEZ

Juicio clínico

PREGUNTAS PRINCIPALES

1. **¿Cuáles son las ventajas y desventajas del enfoque clínico para la predicción?**
2. **¿Cuáles son las ventajas y desventajas del enfoque estadístico para la predicción?**
3. **¿Cómo puede mejorarse el juicio clínico?**
4. **¿Cuáles son los principales obstáculos para poner en práctica los procedimientos de predicción estadística?**
5. **¿Cuáles son las principales consideraciones cuando se prepara un informe psicológico?**

RESEÑA DEL CAPÍTULO

Por más científica y objetiva que ha tratado de volverse la psicología clínica, todavía es casi imposible evaluar sus técnicas de diagnóstico y evaluación separadas del clínico que las usa. El mismo título de este capítulo, "Juicio clínico", basta para sugerir que los clínicos utilizan procesos de inferencia que a menudo están lejos de ser objetivos. El proceso, precisión y comunicación del juicio clínico todavía son, con mucha frecuencia, fenómenos personalizados en extremo.

En este capítulo examinaremos algunos de los medios por los cuales el clínico reúne los datos de evaluación y llega a conclusiones particulares. Además, expondremos la precisión de los juicios e impresiones clínicas. Por último, examinaremos en forma breve el método por el cual se comunican los resultados de la evaluación: el informe clínico.

Proceso y precisión

Nuestra exposición del juicio clínico comenzará con su elemento básico: la interpretación.

Interpretación

Es difícil estar en desacuerdo con la afirmación de L. H. Levy (1963) de que "la interpretación es la actividad individual más importante en que participa el clínico" (p. viii). Se trata de un proceso de inferencia (Nisbett y Ross, 1980) que entra cuando la evaluación sale. Se han llevado a cabo las entrevistas y se han aplicado las pruebas psicológicas. Ahora, ¿qué significa todo esto y qué decisiones se tomarán?

Como mínimo, la *interpretación clínica* o juicio clínico es un proceso complejo. Comprende estímulos: un perfil del MMPI-2, una puntuación CI, un gesto, un sonido. También incluye la respuesta del clínico. "¿El paciente es psicótico?" "¿El comportamiento del paciente es una expresión de una expectativa de éxito baja?" O incluso "¿Cómo es el paciente?" También abarca las características de los clínicos: sus estructuras cognoscitivas y orientaciones teóricas. Por último, las variables situacionales entran en el proceso. Éstas pueden incluir todo, desde el tipo y nivel de pacientes hasta las restricciones que ponen las demandas del escenario en las predicciones. Por ejemplo, un clínico en un centro de salud mental universitario puede elaborar un abanico de juicios, desde hospitalización hasta psicoterapia o una simple expulsión de la escuela, mientras que un clínico en un escenario carcelario puede estar limitado a mucho menos opciones.

Estructura teórica. Como se ha mencionado a lo largo de este libro, los psicólogos clínicos luchan por descubrir la etiología, u orígenes, de los problemas psicológicos y por entender a los pacientes de modo que se les pueda ayudar. Los problemas clínicos pueden conceptualizarse en una variedad de formas (por ejemplo, psicodinámica, conductual, cognoscitiva). Las clases de interpretaciones hechas por un freudiano son muy diferentes de las de un clínico conductual. Dos clínicos pueden observar que un niño intenta en forma persistente dormir en la cama de su madre. Para el freudiano, esto se vuelve un signo de un complejo de Edipo no resuelto. Para el conductista, la interpretación puede ser en función del reforzamiento. Una forma en que los clínicos pueden evaluar interpretaciones es examinando su consistencia con la teoría de la que se derivaron. La cantidad de interpretaciones que puede derivarse de un conjunto de observaciones, respuestas de entrevista o datos de prueba es impresionante y desconcertante. Al adoptar una perspectiva teórica particular, los clínicos pueden evaluar las interpretaciones e inferencias de acuerdo con su consistencia teórica y generar hipótesis adicionales.

Muestras, signos y correlatos. Como se señaló en el capítulo 9, los datos del paciente pueden verse en varias formas. Primera, uno puede verlos como *muestras*. Observaciones, puntuaciones y respuestas a pruebas u otros datos son vistas como muestras de una reserva de información mayor que podría obtenerse fuera del consultorio. Por ejemplo, cuando un paciente sale mal en la Escala de memoria Wechsler, esto podría considerarse como una muestra de comportamiento de no prueba (problemas de memoria).

Una segunda forma de interpretar los datos del paciente es como *signos* de algún estado, condición o determinante subyacente. Aparte de los



Los psicólogos clínicos deben recopilar, integrar e interpretar datos de múltiples fuentes
PhotoDisc.

conductistas radicales, muchos clínicos buscarán inferir una variedad de determinantes subyacentes a partir de las observaciones del comportamiento del paciente y las respuestas de prueba. Para algunos clínicos, el determinante subyacente podría ser ansiedad; para otros, fuerza del yo, y para otros más, expectativas. Pero en cada caso, la observación se ve como algo que significa determinantes subyacentes. Por ejemplo, una calidad deficiente en las respuestas de un paciente a la Rorschach a menudo se interpreta como signo de una prueba de la realidad deficiente (psicosis).

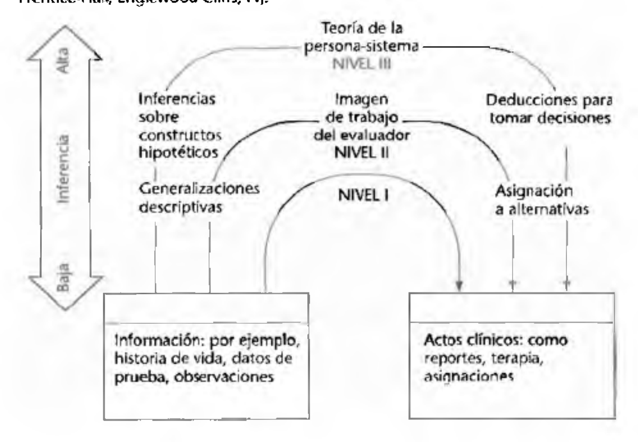
Una tercera visión de los datos del paciente destaca su condición como *correlatos* de otras cosas. Una vez que se han notado el comportamiento ansioso, el afecto plano o la incapacidad de concentrarse de un paciente deprimido, el clínico podría predecir una declinación asociada en la actividad sexual, en las relaciones sociales, en la disposición para buscar empleo y aspectos por el estilo. En efecto, los datos de evaluación pueden interpretarse para sugerir correlatos conductuales, de actitudes o emocionales.

Niveles de interpretación. Ya sea que los clínicos vean los datos clínicos como muestras, signos o correlatos, están haciendo inferencias que les permitirán ir de esos datos clínicos a recomendaciones, reportes o predicciones. Sundberg, Tyler y Taplin (1973) han descrito tres niveles de inferencias o interpretaciones (Fig. 10-1).

Las interpretaciones en el nivel 1 por lo general representan poca inferencia y de seguro no tienen nada que ver con un enfoque de signos. De la entrada a la salida casi no hay pasos intermedios. Por ejemplo, si se sabe con base en la experiencia pasada que los estudiantes que se sientan en la fila de enfrente de una clase casi siempre obtienen 10 o 9, los clínicos pueden ir en forma directa del número de asiento a la predicción de la calificación sin necesidad de atribuciones mediadoras de puntuaciones de inteligencia, cursos previos, etcétera. Este enfoque simple pero eficiente puede aplicarse con clínicos de nivel superior que hacen inferencias exóticas antes de sus predicciones; lo pueden manejar técnicos, computadoras o máquinas. Las interpretaciones de nivel 1 se pueden utilizar a

FIGURA 10-1 Niveles de interpretación

Fuente: tomado de N. D. Sundberg, L. E. Tyler y J. R. Taplin, *Clinical Psychology: Expanding Horizons* (2a. ed.), © 1973, p. 143. Reimpreso con autorización de Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.



menudo con poblaciones grandes si el propósito principal es tamizar y si la predicción del resultado para una persona específica carece relativamente de importancia. Un examen de admisión a la universidad es un punto que viene al caso. Aquí una sola puntuación en una prueba puede predecir con considerable precisión el rendimiento académico de 1 000 estudiantes de primer año. Aunque esta puntuación única puede ser errónea como pronosticador para el estudiante X, puede tolerarse con facilidad cierto grado de error si uno está más interesado en la cantidad que es probable que se gradúe.

La interpretación en el nivel II incluye dos clases de inferencias. El clínico puede observar a un paciente y luego concluir que el comportamiento observado caracteriza al sujeto en términos generales. Sundberg y colaboradores (1973) llaman a este primer tipo de inferencia *generalización descriptiva*. En efecto, el clínico pasa de unos cuantos casos conductuales a una generalización más amplia, aun en el nivel descriptivo. Por tanto, para un paciente que no deja de moverse, fuma tres cigarrillos durante la entrevista y tartamudea, el clínico puede hacer una generalización descriptiva: tensión en la entrevista. Si más tarde resulta que el individuo tiene problemas para relajarse en el hogar, no puede estar sentado en las reuniones en la oficina y está muy preocupado por el pago de la hipoteca, el clínico puede pasar a una generalización descriptiva más amplia. La segunda clase de inferencia es un *constructo hipotético* que sugiere un estado interno y lleva al clínico un poco más allá de las generalizaciones descriptivas. Cuando los clínicos comienzan a elaborar generalizaciones y, en particular, a imputar determinantes internos al paciente, están pasando a la interpretación clínica como se utiliza más a menudo.

Las interpretaciones del nivel III llevan a los clínicos más allá del nivel II, sobre todo porque incluyen más y están mejor integradas. En este nivel, intentan una comprensión amplia y consistente del "individuo en cuestión". Los clínicos extraerán un panorama integrado de los determinantes de desarrollo, sociales y fisiológicos del paciente que entraña un sistema teórico muy articulado de hipótesis y deducciones. Por ejemplo, una preponderancia de respuestas de "sangre" en la Rorschach podría interpretarse como un signo de agresión subyacente que puede conducir a arrebatos impulsivos futuros o pérdida de control (Rapaport, 1946).

Teoría e interpretación

En la actualidad, los clínicos pueden asignarse a tres clases interpretativas muy amplias. Primero están los conductuales. Como hemos visto, el conductista estricto evita realizar inferencias sobre estados subyacentes y se concentra en el comportamiento del paciente. El clínico conductual busca datos del paciente basados en la observación personal o en informes directos del paciente o de otros observadores. Estos datos se consideran muestras. La interpretación se da en gran medida en los niveles I y II, aunque en fechas más recientes algunos clínicos conductuales han comenzado a mostrar un interés en la interpretación en el nivel III.

Un segundo grupo de clínicos se enorgullece de ser empírico y objetivo. En particular, es probable que utilicen pruebas objetivas para predecir criterios relativamente específicos. Por ejemplo, ¿las puntuaciones de las pruebas A, B y C predicen el éxito en el colegio, el resultado de la terapia o arrebatos agresivos? Este *enfoque psicométrico* de la interpretación, como veremos un poco más adelante, es útil cuando los criterios que se están prediciendo son directos y bien articulados. En general, este enfoque usa los datos como correlatos de algo más; por ejemplo, una puntuación en el percentil 95 en la prueba X puede relacionarse con reincidencia en prisioneros. El clínico con orientación psicométrica está más interesado en las pruebas estandarizadas y sus normas, ecuaciones de regresión o tablas actuariales, y tiende a emplear interpretaciones en los niveles I y II.

Un tercer grupo de especialistas se siente más cómodo con un *enfoque psicodinámico*. Ésta ha sido una orientación popular desde hace mucho en la psicología clínica. Aunque los clínicos actuales a menudo parecen optar por un enfoque conductual o psicométrico más objetivo, todavía hay más de psicodinamismo en muchos de ellos de lo que podrían estar dispuestos a admitir. El enfoque psicodinámico se esfuerza por identificar estados o determinantes internos. Los datos de pruebas proyectivas, entrevistas clínicas no estructuradas y otras fuentes son vistos como signos de un estado subyacente. La interpretación tiende a inclinarse al nivel III. Se obtiene un panorama amplio, a menudo muy impresionista, del paciente, aunque en muchos casos se plantean afirmaciones normativas sutiles.

Enfoques cuantitativos frente a enfoques subjetivos

En la exposición anterior hay dos enfoques latentes del juicio y la interpretación clínicos. Primero está el *enfoque cuantitativo o estadístico*, que subraya la objetividad y se supone que está libre de razonamientos empañados. El segundo es el *enfoque subjetivo o clínico*, cuyos defensores afirman que es el único método que ofrece interpretaciones y predicciones en verdad útiles.

Enfoque cuantitativo o estadístico. Quizá la forma más simple de predicción cuantitativa que pueden utilizar los clínicos sea la asignación de puntuaciones a las diversas características de sus pacientes. Esto le permite determinar la correlación entre dos características cualesquiera. Por ejemplo, suponga que después de varios años de práctica, un clínico comienza a sospechar una relación directa entre la terminación pronta de la terapia y las necesidades de independencia de sus pacientes. El clínico podría intentar verificar esta hipótesis correlacionando las puntuaciones de "necesidad de independencia" de un inventario de autorreporte con la duración del tiempo que los pacientes permanecen en terapia. Si la correlación resulta estar muy por encima de .50, podría utilizar las puntuaciones de necesidad de independencia para interpretar y predecir la duración de la terapia.

Por supuesto, la mayoría de las veces uno no puede basar predicciones importantes en una sola puntuación o atributo. La conclusión de la terapia con más frecuencia es un acontecimiento complejo que tiene diversas determinantes. En consecuencia, el clínico podría desear obtener puntuaciones en muchas otras variables, como la fuerza del yo, la experiencia del terapeuta, la satisfacción matrimonial y la confianza interpersonal. Luego podría construirse y probarse un modelo de predicción multivariada. Sin embargo, una precaución particular que debe tenerse en cuenta es que aun cuando pueda resultar ser muy alta una correlación múltiple de dicho análisis, bien podría ser mucho menor cuando se aplica a una muestra nueva. Esto sucede en especial si la muestra original es pequeña y el número de pronosticadores es grande. Además, la muestra en que se realiza el estudio inicial puede no ser representativa de los pacientes de terapia

en general. Lo que sucede en Kansas puede no suceder en California; lo que ocurre en la terapia psicoanalítica puede no presentarse en la terapia del comportamiento. Por consiguiente, los clínicos tienen que estar seguros de que han ponderado en forma correcta varias puntuaciones pronosticadoras antes de poder generalizar muy lejos. Deben efectuar una validación cruzada de sus modelos de predicción utilizando otras muestras.

Estas técnicas estadísticas permiten una aplicación mecánica que no significa en absoluto una toma de decisiones clínicas una vez que se han establecido las fórmulas. La característica que distingue estos enfoques estadísticos de los enfoques clínicos es que un empleado o una computadora puede aplicar en forma habitual los primeros (sin importar cuál sea su desarrollo matemático complejo), una vez que se han establecido.

Entonces, el enfoque cuantitativo o estadístico requiere que el clínico lleve registros meticulosos de datos de prueba, observaciones y material relacionado, de modo que puedan cuantificarse las interpretaciones y juicios clínicos. Esta recopilación cuidadosa de registros permitirá al clínico ir más allá de impresiones informales basadas en su experiencia previa. Con registros adecuados de muestras lo bastante grandes, pueden evaluarse las relaciones entre una diversidad de variables. Ya sea que los clínicos estén evaluando su desempeño, el de toda una clínica, o estén relacionando ciertas características del paciente con varios diagnósticos o resultados terapéuticos, los datos cuantificados pueden tener una función de facilitación. Estos datos permiten a los clínicos evaluar su juicio, interpretaciones y desempeño.

Enfoque clínico subjetivo. El enfoque clínico es mucho más subjetivo, empírico e intuitivo. Aquí son suficientes las ponderaciones subjetivas basadas en la experiencia. El énfasis está en la aplicación del juicio al caso individual. La idea clásica es que la "intuición clínica" no es muy dócil al análisis y la cuantificación. Es un proceso privado en que los clínicos en ocasiones son incapaces de identificar las claves en las respuestas de prueba o verbalizaciones de un paciente que los condujeron a una conclusión o juicio determinados.

Una vez, por ejemplo, en el curso de una aplicación de la Rorschach, un paciente dijo: "esto parece un árbol de Navidad". ¿Qué significa esto? Tal vez nada, o quizá indicó una carrera en silvicultura o tal vez sugirió una tristeza o depresión subyacente en una persona con pocos amigos o familiares con quienes disfrutar la temporada festiva que se aproximaba. En este caso, el paciente apoyó la última interpretación más tarde durante una discusión de sus antecedentes familiares. El estudiante de psicología clínica que hizo la interpretación correcta en un ejercicio de entrenamiento explicó su razonamiento como sigue: "fue cerca de la temporada navideña; había varias referencias en la TAT a figuras familiares remotas; recordé cómo siempre parecía ponerme un poco triste durante Navidad; de pronto surgió en mi cabeza, y sólo supe con completa certeza que era verdad; ¡simplemente sentía que tenía razón!"

Este ejemplo ilustra varios puntos acerca de la interpretación clínica. Primero, supone una capacidad sensible para integrar material. El psicólogo clínico astuto pone atención a una amplia gama de hechos que caracterizan el comportamiento, la historia, otras respuestas de prueba, etc., del paciente. Un clínico debe funcionar un poco como el detective que toma todo en la escena del crimen y luego hace una serie de generalizaciones inductivas o deductivas que vinculan estas observaciones. Además, a menudo hay una disposición en el clínico para ver un poco de sí mismo en el paciente; una especie de semejanza asumida que le permite utilizar su propia experiencia al interpretar el comportamiento y sentimientos de otro.

Por desgracia, la presentación de este ejemplo ha sido unilateral. Se ha dicho poco del estudiante de psicología clínica que creía que el árbol de Navidad sugería interés en la silvicultura. Por consiguiente, podemos hacer dos observaciones adicionales. Primera, hay diferencias individuales en la sensibilidad clínica. Segunda, por cada caso de inferencia clínica brillante y sensible, es probable que exista una mala interpretación igual de impresionante al acecho en las partes recónditas olvidadas de la memoria.

Por tanto, la interpretación clínica supone la integración sensible de muchas fuentes de datos en un panorama coherente del paciente. También cumple una función de generación de hipótesis que es más útil con la guía de una teoría bien articulada de la personalidad. Pero corresponde al clínico responsable hacer todo su esfuerzo por ar-

ticular las claves en sus juicios y explicar la manera en que dan lugar al salto de las claves a las conclusiones. No es suficiente ser un buen clínico; también se tiene la responsabilidad de pasar estas habilidades a otros.

El caso para un enfoque estadístico

Un enfoque cuantitativo o estadístico del juicio clínico es efectivo en particular cuando el resultado o circunstancia que se va a predecir es conocido y específico. En efecto, en tales casos, por lo general añaden poco los datos clínicos adicionales de naturaleza impresionista. Esto sucede en especial cuando se trata con cantidades muy grandes de personas y cuando el porcentaje de predicciones correctas es más importante que la predicción correcta de la ejecución de cualquier individuo. Como se señaló antes, cuando la tarea sólo es predecir las calificaciones de una clase entrante de universitarios de primer año, sería más aconsejable que el clínico utilizara los datos objetivos de las calificaciones de bachillerato y las puntuaciones de pruebas de capacidad. Debido a que las buenas calificaciones en la universidad por lo general pueden predecirse a partir de la capacidad y su uso efectivo previo, factores de personalidad más ubicuos y sutiles pueden añadir poco.

Muchas de las fallas en los enfoques clínicos puramente subjetivos resultan de la tendencia a depender de criterios vagos. Con demasiada frecuencia, un clínico hará el siguiente juicio: el paciente, con base en las puntuaciones de la Escala 7 del MMPI-2, se beneficiará de la psicoterapia. Esta afirmación vaga no contiene referentes explícitos. ¿Qué constituye un beneficio? ¿La conclusión de que el paciente se ha beneficiado o no con la terapia se basará en las afirmaciones de éste o en el juicio del terapeuta? La conceptualización poco precisa de la predicción anterior impide una prueba empírica. Pero suponga que el clínico definió en forma explícita el resultado como, digamos, permanecer en una terapia racional emotiva durante 12 meses, junto con una estimación del éxito de la terapia de siete o superior (en una escala de 10 puntos) realizada por un observador externo. Entonces podría ser posible desarrollar una fórmula basada en una entrevista objetiva o en criterios de prueba que predecirían con éxito para un universo definido de terapeutas.

Los términos clínicos se usan a menudo con vaguedad y sin significado explícito. Por ejemplo, Grayson y Tolman (1950) mostraron hace mucho que psicólogos y psiquiatras atribuyen variaciones de significado marcadas en conceptos como agresión y compulsión. Un enfoque estadístico objetivo obliga a una especificación mayor del significado que al final conducirá a predicciones más específicas que se podrían representar con fórmulas. Esto atenuaría mucha de la falta de confiabilidad del juicio inherente de los enfoques más intuitivos.

Otra razón para adoptar el enfoque estadístico es que demasiadas descripciones clínicas parecen aplicables a cualquiera. Como se señaló en un capítulo anterior, las descripciones de la personalidad deberían mostrar utilidad incremental; deben revelar algo más allá de lo que cualquiera sabía antes de que comenzara la evaluación. Con mayor precisión, los clínicos deben elaborar descripciones de sus pacientes que sean significativas y que conduzcan a predicciones explícitas. No obstante, con demasiada frecuencia efectúan interpretaciones que parecen válidas pero que en realidad caracterizan a cualquiera. Esto se conoce como *efecto Barnum*, una noción que se remonta a un informe distribuido por D. G. Paterson y citado más tarde por Meehl (1956). Las afirmaciones Barnum parecen ser autodescriptivas, pero describen casi a cualquiera y no son muy discriminativas. Por ejemplo, ¿quién negaría la relevancia personal de las siguientes afirmaciones?

> A veces no estoy seguro de mi madurez sexual.
>
> No siempre soy tan seguro como la mayoría de la gente piensa que soy.
>
> A menudo guardo mis verdaderos sentimientos, a menos que esté rodeado de personas a las que quiero.

El recuadro 10-1 expone el efecto Barnum con más detalle.

Al moverse hacia la cuantificación, el enfoque estadístico podría eliminar gran parte de la falta de confiabilidad en el juicio clínico. Las fórmulas derivadas en forma objetiva, las normas explícitas, los pronosticadores ponderados, las ecuaciones de regresión y las descripciones y predicciones establecidas con cuidado podrían combinarse para remplazar las falibilidades del juicio clínico con un procedimiento mecánico que minimizaría los errores.

RECUADRO 10-1

Ejemplo de un "efecto Barnum": características supuestas de hijos adultos de alcohólicos (Adult Children of Alcoholics; ACOA)

Logue, Sher y Frensch (1992) examinaron si la aparente aceptación extendida de descripciones de personalidad de los hijos adultos de alcohólicos se debía, al menos en parte, a un efecto Barnum. Las afirmaciones tipo Barnum se aplican casi a cualquiera, y por consiguiente parecen ser autodescriptivas. Pero en realidad describen personas en general y carecen de capacidad discriminativa y de utilidad clínica.

Los autores de varios libros populares sobre hijos adultos de alcohólicos han propuesto que el alcoholismo paterno produce efectos negativos en la familia y conduce a muchos problemas en los hijos de alcohólicos una vez que se vuelven adultos. Éstos incluyen sentimientos de culpa, vergüenza, inseguridad, autoestima baja e impotencia, así como problemas para afrontar las emociones y las relaciones íntimas. Logue y colaboradores plantearon la hipótesis de que estas descripciones habían ganado popularidad debido a que no sólo describían a los hijos adultos de alcohólicos, sino también tendían a describir a la gente en general.

Se pidió a dos grupos de estudiantes de licenciatura (hijos adultos de alcohólicos e hijos de no alcohólicos) que estimaran los perfiles de personalidad respecto a lo autodescriptivos que fueran. Estos perfiles consistían en seis declaraciones de personalidad (por ejemplo, "en épocas de crisis, necesitas cuidar de otros"). Había dos tipos de perfil de personalidad: 1) perfil de personalidad ACOA, consistente en declaraciones de personalidad extraídas de la literatura sobre los hijos adultos de alcohólicos; y 2) perfil de personalidad Barnum, consistente en declaraciones de personalidad extraídas de varios inventarios de personalidad existentes y usados en investigaciones Barnum previas. Estos perfiles fueron igualados en nivel general de conveniencia social (evaluada por medio de una muestra independiente). En forma breve, los resultados del estudio de Logue y sus colaboradores indicó que los perfiles ACOA fueron estimados como muy descriptivos tanto de los participantes hijos adultos de alcohólicos como de los hijos de no alcohólicos. Los autores concluyeron que estos descriptores de personalidad populares parecen tener una cualidad tipo Barnum y, por consiguiente, carecen de validez como descriptores específicos de individuos ACOA.

Entonces, ¿por qué no más psicólogos clínicos adoptan el enfoque estadístico? Es probable que haya muchas razones por las que algunas personas lo encuentran desagradable. Dawes (1979) describe tres de ellas.

Tome una situación en que se niega a un estudiante la admisión a la escuela de posgrado debido a la aplicación de pronosticadores empíricos como el promedio de calificaciones y las puntuaciones de prueba del Examen de registro para graduados (Graduate Record Examination; GRE). Primero, señala Dawes, algunos estarán en desacuerdo con estos pronosticadores desde el punto de vista técnico. Afirman que los índices son a corto plazo y bastante poco profundos. La excusa "sé que podría haber tenido éxito si sólo me hubieran dado una oportunidad" es menos un argumento que una expresión de esperanza. El argumento antiestadístico a menudo afirma que hay jueces expertos "allá afuera en alguna parte" que podrían hacerlo tan bien o incluso mejor que las fórmulas. Pero, de alguna manera, ¡parece que estos expertos nunca se producen!

Segundo, este enfoque puede ser rechazado por razones psicológicas. Muchas personas recuerdan con facilidad casos en que su intuición estaba en lo correcto pero olvidan convenientemente las ocasiones en que estuvo mal. Para tomar otro ejemplo, un clínico puede trabajar en forma inconsciente más duro con un cliente para quien ha

predicho éxito en la terapia. ¡Un resultado positivo probará que su corazonada clínica era correcta!

Tercero, existen fuentes éticas de resistencia. Algunas personas tienen la idea de que reducir a un aspirante a un conjunto de números es injusto o deshumanizante. Dawes (1979) expone este argumento:

> No importa cuán poco atractivo o desagradable desde el punto de vista psicológico podamos encontrar que son sus resultados, no importa cuán incómodos podamos sentirnos desde el punto de vista ético al "reducir a las personas a simples números", el hecho sigue siendo que nuestros clientes son personas que merecen ser tratadas de la mejor manera posible. Si esto significa, como parece serlo en el presente, que la selección, diagnóstico y pronóstico deberían basarse en nada más que la suma de unos cuantos números que representan valores o atributos importantes, que así sea. Hacerlo de otra manera es engañar a las personas a quienes servimos. (p. 581)

El caso para un enfoque clínico

La dificultad con un enfoque estadístico que se basa en modelos de predicción o ecuaciones de regresión es que los psicólogos clínicos necesitarían una multitud de ellos a fin de funcionar como clínicos. El campo en la actualidad no tiene fórmulas bien establecidas, con validación cruzada, para predecir resultados de terapia, hacer interpretaciones durante el curso de una sesión de terapia o recomendar una clase especial en lugar de la institucionalización. ¿El clínico debería sugerir biblioterapia, un pasatiempo, un consejero matrimonial, una separación de prueba o qué? El clínico ocupado y fatigado no dispone de una ecuación de regresión ni siquiera para las decisiones importantes, ya no digamos para los juicios comunes que deben emitir en forma continua. Fue Meehl (1957) quien dijo hace mucho: "En su mayor parte debemos usar nuestras cabezas, porque simplemente no hay ninguna fórmula" (p. 273). Por desgracia, la situación no ha cambiado mucho durante los pasados 40 años.

Por supuesto, cuando han de predecirse resultados específicos y el clínico tiene suficiente tiempo para elaborar buenas fórmulas, éstas pueden superarlo con facilidad. Revisaremos esta evidencia con rapidez. Sin embargo, aun ahí, el juicio del clínico puede agregar algo en algunos casos, en especial cuando la muestra es un tanto homogénea. Supóngase, por ejemplo, que la fórmula para seleccionar estudiantes para educación de posgrado depende sólo de las puntuaciones en el Examen de Registro para Graduados y las calificaciones de licenciatura. Es probable que la fórmula seleccionara bastante bien a aquellos que lo harían bien de una muestra heterogénea inicial de aspirantes. Sin embargo, desde ese punto en adelante, los juicios clínicos respecto a la motivación o características de la personalidad pueden ser bastante útiles para discriminar más entre los seleccionados. Es decir, la muestra final es tan selectiva que las calificaciones previas y las puntuaciones de prueba pueden no ser muy discriminativas. Las inferencias clínicas pueden volverse útiles después de la selección inicial debido a que proporcionan datos adicionales que se relacionan con el éxito en la educación. Conservar grandes cantidades de datos en nuestras cabezas e integrarlas no es algo en que sobresalgamos los humanos (Dawes, 1979). Los clínicos deberían usar computadoras y fórmulas para eso y ahorrar sus poderes mentales para aquello en lo que sobresalen: seleccionar qué observar y decidir qué hacer con los resultados.

Otra contribución importante es la función del clínico como recopilador de datos. Por ejemplo, puede resultar importante conocer ciertas características del paciente con propósitos de predicción. Sin embargo, puede no ser posible descubrir estas características sin entrevistas extensas o alguna interpretación profunda basada en resultados de prueba. Como ejemplo adicional, varias facetas de los datos de la historia de la vida de un paciente pueden sugerir a un clínico sensible que el sujeto podría ser propenso a cometer asaltos sexuales violentos a mujeres. Aunque la psicología clínica no tiene una ecuación de regresión confiable para predecir dichos asaltos, los datos descubiertos por un clínico astuto podrían ser importantes. Por tanto, en el presente ciertos datos sólo se pueden descubrir sólo por medio de la investigación clínica extensa. Las fórmulas predictivas funcionan mejor cuando se dispone de datos de prueba, pero en ocasiones simplemente no existen pruebas del tipo correcto. Cuando se trata con situaciones raras (como el suicidio), la frecuencia de ocurrencia es tan baja que los clínicos no pueden elaborar ecuaciones

adecuadas. Pero raras o no, dichas circunstancias son importantes y deben abordarse con el juicio clínico.

Por último, muchas personas podrían afirmar que el poder de predecir resultados específicos no es la única meta de la ciencia, que entender y describir fenómenos son las metas primordiales. Aunque puede haber alguna validez en este argumento, con demasiada frecuencia puede volverse una racionalización para utilizar terminología vaga y aplicar criterios igual de vagos, como se señaló antes. El argumento en contra afirmaría que cuando la descripción y la comprensión se expresan en términos explícitos, con referentes y criterios definidos, entonces la predicción será un subproducto natural.

Comparación de los enfoques clínico y actuarial

A lo largo de los años, muchos estudios han comparado la precisión relativa de los métodos clínico y actuarial. Ahora examinaremos algunos de estos trabajos.

Estudios de comparación. Sarbin (1943) contrastó la predicción del éxito académico para estudiantes universitarios de primer año hecha por un empleado que utilizó una ecuación de regresión con las predicciones de varios consejeros. Los pronosticadores de la ecuación de regresión fueron puntuaciones de pruebas de aptitudes y rango en el bachillerato. Los consejeros tuvieron a su disposición las dos fuentes de datos anteriores (pero sin su ponderación matemática), puntuaciones de interés vocacional, datos de entrevista y datos biográficos. Sarbin (1943) encontró que los consejeros no superaron a la ecuación de regresión en sus predicciones, aun cuando tuvieron el beneficio de mucha más información.

Meehl (1954) examinó varios de los estudios disponibles sobre predicción clínica frente a estadística y concluyó que en "todos menos uno... las predicciones hechas en forma actuarial [estadística] fueron aproximadamente iguales o superiores a las hechas por un clínico" (p. 119). En un estudio posterior de investigaciones adicionales, Meehl (1965) reafirmó sus conclusiones anteriores. Sin embargo, Meehl (1954) también observó que, en varios estudios, las predicciones estadísticas se hicieron con los mismos datos con los que se desarrollaron las ecuaciones de regresión. En resumen, no se hizo una validación cruzada de las fórmulas. Como se señaló antes, dichas fórmulas con frecuencia muestran una reducción marcada en la eficiencia cuando se aplican a muestras diferentes de las utilizadas en su derivación.

Sawyer (1966) consideró los datos recolectados por entrevista u observación como datos clínicos. Vio los datos de inventario, biográficos u obtenidos con trabajo de oficina como estadísticos o mecánicos. Luego de considerar los problemas metodológicos y los resultados equívocos de los estudios que examinó, concluyó que al combinar datos el modo mecánico es superior al clínico. No obstante, también concluyó que el método clínico es útil en el proceso de recolección de datos. Este método puede proporcionar una evaluación de las características que no se evaluarían por lo normal con técnicas más mecánicas de recolección de datos. Pero una vez que se recaban los datos (de cualquier fuente), pueden combinarse mejor por medio de enfoques estadísticos.

Un ejemplo de estudio individual que compara la predicción clínica y estadística puede ayudar a ilustrar la naturaleza de esta controversia.

Goldberg (1965) reportó uno de los estudios de predicción clínica frente a estadística más citados. En él se pidió a 13 miembros del personal con nivel de doctorado en filosofía y 16 aprendices con nivel predoctorado que hicieran juicios respecto a la condición diagnóstica de más de 800 pacientes, con base en las puntuaciones en el MMPI de dichos sujetos. Estos juicios se elaboraron sin contacto con el paciente o cualquier información adicional sobre el mismo. Cada juez examinó el perfil MMPI (puntuaciones) para cada paciente y luego predijo si era "psicótico" o "neurótico". Estos juicios constituyeron predicciones clínicas debido a que se dejó a cada juez que utilizara la información del MMPI en la forma en que solía usarla para formular un diagnóstico.

En contraste, se utilizaron predicciones estadísticas que entrañaban la aplicación de una variedad de algoritmos, en que las puntuaciones de la escala del MMPI se combinaron (se sumaron o restaron) de alguna manera y se utilizaron puntuaciones de corte establecidas con ante-

TABLA 10-1 Precisión de las predicciones clínicas frente a las predicciones estadísticas en el estudio de Goldberg (1965)

Fuente de predicción	*Porcentaje de precisión promedio (n = 861)*
Clínicos	
13 integrantes del personal con nivel de doctorado en filosofía	62 (rango = 59 a 65)
16 aprendices	61 (rango = 55 a 67)
29 jueces totales	62 (rango = 55 a 67)
Índices estadísticos	
(L + Pa + Sc) – (Hi + Pt)	70
Reglas de codificación de dos puntos	67
Sc – (Hs + D + Hi)	67
(Pt – Sc)	65
Reglas de codificación de puntos elevados	66
(Hi – Pa)	61
Pa – (Hs + D + Hi)	62
(Hs – Sc)	61
(Pd + Pa) – (Hs + Hi)	63

Fuente: adaptado de Goldberg (1965).

rioridad para psicosis frente a neurosis. Además, algunas predicciones estadísticas incluían la aplicación de reglas de decisión especificadas basadas en códigos de punto alto MMPI u otros signos psicométricos. Se consideró un total de 65 reglas con base cuantitativa.

¿Cómo se compararon estas predicciones clínicas y estadísticas a fin de evaluar su precisión? En este estudio, el criterio de diagnóstico fue el diagnóstico de psicótico frente a neurótico proporcionado por el hospital o clínica de cada paciente. Por tanto, la precisión de la predicción de cada clínico y de cada algoritmo estadístico se determinó evaluando el acuerdo entre predicciones y diagnósticos criterio reales en todos los casos.

La tabla 10-1 presenta resultados selectos de este estudio; no aparecen todos los índices estadísticos utilizados, pero servirá para darle una impresión general de los resultados. Primero, los jueces (predicción clínica) estuvieron correctos, en promedio, en 62% de los casos. Es notable que la tasa de precisión de los aprendices fuera comparable a la de los clínicos con nivel de doctorado con más años de experiencia clínica. Segundo, varios (14 en total) de los índices estadísticos (predicción estadística) fueron comparables con los de los jueces o los superaron respecto de la precisión global de la predicción. Varias reglas de decisión diagnóstica basadas en combinaciones lineales simples de puntuaciones en las escalas del MMPI (por ejemplo, Pt – Sc) superaron a los clínicos.

Una variedad de revisiones actualizadas adicionales de los estudios que comparan la predicción clínica y la estadística ha demostrado la superioridad de los procedimientos estadísticos (por ejemplo, Dawes, 1979, 1994; Dawes, Faust y Meehl, 1989; Garb, 1998; Goldberg, 1991; Kleinmuntz, 1990; Meehl, 1986; Wiggins, 1973). Como afirmó Meehl (1986):

> No hay controversia en las ciencias sociales que muestre un cuerpo tan grande de estudios diversos en términos cualitativos que han resultado de manera tan uniforme en la misma dirección como éste. Cuando hay 90 investigaciones apremiantes [este número es dramáticamente mayor a partir del 2001], que predicen todo desde el resultado de juegos de fútbol hasta el diagnóstico de enfermedades hepáticas, y cuando es difícil encontrar media docena de estudios que muestren siquiera una tendencia débil a favor del clínico, es tiempo de extraer una conclusión práctica.

FIGURA 10-2 Paul Meehl es reconocido ampliamente como un defensor importante del enfoque actuarial o estadístico para la predicción
Cortesía de Paul Meehl.



Objeciones a estos hallazgos. Dawes (1994) ha delineado varias de las principales objeciones al gran cuerpo de evidencia que apoya la superioridad de la predicción estadística, junto con respuestas a cada objeción. Primero, los críticos afirman que varios de los estudios individuales revisados contenían defectos en el diseño de investigación que pudieron afectar los resultados. Dawes (1994) se refiere a esto como un "argumento en el vacío": se plantea una posibilidad, pero no hay demostración empírica que la apoye. Aunque todo estudio tiene sus limitaciones, es difícil imaginar que la conclusión opuesta (que la predicción clínica es superior) esté garantizada cuando casi todos los estudios apoyan la predicción estadística.

La segunda objeción se refiere a la pericia de los jueces o clínicos en estos estudios. Quizá no fueron expertos "verdaderos" y un estudio que empleara clínicos expertos demostraría la superioridad del juicio clínico. Aunque se utilizó una amplia variedad de jueces o clínicos en estos estudios, un gran número de investigaciones empleó "expertos" reconocidos, clínicos con muchos años de experiencia en la tarea predictiva en cuestión. Hubo unos cuantos casos en que un clínico se desempeñó tan bien como la fórmula estadística; pero esto fue más una excepción que la regla. Por tanto, no hay una evidencia empírica irresistible de que los clínicos "expertos" sean superiores.

Una tercera objeción es que las tareas predictivas no fueron representativas de las situaciones de predicción que enfrentan los clínicos (es decir, que no son válidas desde el punto de vista ecológico). Por ejemplo, el diagnóstico de un clínico puede no basarse sólo en el MMPI-2, sino también en una entrevista con el paciente. Dawes (1994) afirma que las tareas predictivas son componentes de lo que puede suceder en la práctica clínica; se supone que los clínicos utilizan la información del MMPI-2 para hacer predicciones. Además, varios de los estudios demuestran que la información adicional (como material de entrevista) obtenida y utilizada en la predicción clínica del juez puede dar como resultado predicciones menos precisas de las que haría si estuviera "atorado" en la fórmula estadística que estaba disponible.

Dawes (1994) continúa sugiriendo que mucha de la reacción negativa a los hallazgos es una función de nuestra necesidad humana de creer en un grado elevado de predecibilidad en el mundo. Ésta parece ser tanto una necesidad cognoscitiva como una necesidad emocional. Las personas tienen una tendencia integrada a buscar y ver orden en el mundo, y es probable que la falta de predecibilidad dé como resultado algún grado de incomodidad o angustia emocional. Sin embargo, la necesidad de predecibilidad no demuestra su existencia.

Sesgo en el juicio clínico. El juicio clínico sufre cuando el sesgo de cualquier clase se introduce en el proceso de toma de decisión. Existe sesgo cuando la precisión del juicio o predicción clínicos varían como una función de alguna característica del cliente o paciente, no tan sólo cuando los juicios difieren de acuerdo con las características del clien-

te (Garb, 1997, 1998). Por ejemplo, encontrar que se juzga que un porcentaje mayor de mujeres que de hombres sufre depresión mayor no indicaría un sesgo contra las mujeres. Sin embargo, encontrar que se da este diagnóstico a un porcentaje superior de mujeres que de hombres cuando están presentes los mismos síntomas, indicaría sesgo.

Garb (1997) revisó en fecha reciente la evidencia empírica para el sesgo racial, social y de género en el juicio clínico. De manera interesante, encontró que muchas creencias convencionales sobre estos tipos de sesgo no tenían sustento. Por ejemplo, había poco apoyo para las creencias de que 1) se atribuyen perturbaciones más serias a los pacientes de clase socioeconómica inferior que a los de clases superiores, o 2) se encuentran más perturbaciones o disfunciones en las pacientes que en los pacientes. Sin embargo, hay una evidencia fuerte que apoya la existencia de otros tipos de sesgos: 1) es más probable que los pacientes negros e hispanos con trastornos del estado de ánimo psicóticos sean diagnosticados en forma errónea con esquizofrenia que los pacientes blancos similares. 2) Aun cuando presenten la misma constelación de síntomas, los hombres tienen más probabilidad de ser diagnosticados como antisociales, y las mujeres, como histriónicas. 3) Los pacientes de clase media tienen mayor probabilidad de ser enviados a psicoterapia que los pacientes de clase baja. 4) Los pacientes negros tienen mayor probabilidad de que les prescriban medicamentos antipsicóticos que a los miembros de otros grupos raciales, incluso cuando los pacientes negros no son más psicóticos.

Garb (1997) hizo las siguientes recomendaciones para ayudar a los clínicos a vencer estos y otros sesgos: 1) percatarse y ser sensible a los sesgos que se han documentado en la literatura. 2) Atender a los criterios diagnósticos presentes en los manuales de diagnóstico. 3) Siempre que sea posible, utilizar reglas de predicción estadística en lugar de juicio o predicción clínicos.

Experiencia y capacitación. Faust (1986) ha reportado:

> ¿A quiénes se aplican estos estudios de juicio pobre? La respuesta es que no sólo a mercenarios o novatos. Hay poca —de hecho, casi ninguna— evidencia de que los expertos o quienes poseen mucha experiencia se desempeñen en forma muy superior a los "regulares" o los "relativamente principiantes". (p. 420)

Hasta la fecha, la evidencia empírica no apoya la posición de que un incremento en la experiencia clínica dé como resultado un incremento en la precisión de la predicción (Dawes, 1994; Garb, 1989, 1998). Esto parece burlarse de la sabiduría convencional. ¿Por qué no vemos evidencia del efecto de la experiencia clínica en la psicología clínica y en otros campos de la salud mental? Hay varias posibilidades (Dawes, 1994). Primera, la precisión de las predicciones está limitada por las medidas y métodos disponibles que se utilizan como auxiliares en el proceso de predicción. Si las puntuaciones de las pruebas psicológicas, por ejemplo, no se correlacionan fuertemente con el criterio de interés (es decir, no son muy válidas), es improbable que uno pudiera observar siquiera un efecto para la experiencia clínica. La precisión de las predicciones permanecerá baja en el mejor de los casos y no dependerá de cuánta "experiencia clínica" tenga el clínico. Segunda, a menudo no podemos definir con precisión lo que estamos tratando de predecir (por ejemplo, "personalidad abusiva") y no existen estándares de oro para nuestro criterio que nos permitan evaluar con objetividad la precisión de nuestras predicciones. Como resultado, es imposible una verdadera retroalimentación y los diagnosticadores no son capaces de beneficiarse de la experiencia. Tercera, tendemos a recordar nuestras predicciones precisas y a olvidar las imprecisas. Por consiguiente, más experiencia en el proceso de predicción no necesariamente conduce a un incremento en la precisión debido a que la retroalimentación que se incorpora está incompleta.

En cuanto a la virtud de recibir tipos específicos de capacitación profesional, no hay mucha evidencia que sugiera que una profesión es superior a otra para elaborar juicios diagnósticos precisos. Por ejemplo, incluso al diferenciar síntomas psicológicos que enmascaran trastornos médicos de aquellos sin patología médica subyacente, los profesionales médicos y no médicos no difieren en su precisión (Sánchez y Kahn, 1991).

Toda esta investigación es algo sobria para el campo de la psicología clínica. Sin embargo, es nuestra responsabilidad profesional estar al tanto de los límites de nuestra capacidad predictiva y no

promover el "mito de la experiencia". Una cosa es segura: los clínicos continuarán tomando decisiones, no tienen opción. Lo importante es asegurar que los psicólogos clínicos estén lo mejor preparados que puedan, así como capacitarlos a fin de que utilicen las mejores medidas y técnicas disponibles para una situación de predicción determinada.

Conclusiones

Dado el estado actual de las cosas, parecen justificarse las siguientes conclusiones respecto a las ventajas relativas de los métodos clínico y actuarial.

El enfoque clínico es valioso en especial cuando:

Se necesita información sobre áreas o acontecimientos para los que no se dispone de pruebas adecuadas. En este caso, la investigación no ofrece evidencia alguna de que una máquina pueda reemplazar la función de recopilación de datos del clínico.

2. *Tienen que predecirse o juzgarse sucesos raros o inusuales de naturaleza muy individualizada.* Es imposible elaborar ecuaciones de regresión u otras fórmulas para manejar dichos sucesos y el juicio clínico es el único recurso.
3. *Los juicios clínicos relativos a casos para los que no se han elaborado ecuaciones estadísticas.* La gran mayoría de los casos, en efecto, caen en esta categoría. Las decisiones cotidianas del clínico son tales que la disponibilidad de una ecuación útil sería un acontecimiento raro e inusual.

La función de circunstancias imprevistas podría negar la eficiencia de una fórmula. Por ejemplo, una fórmula podría dejar atrás con facilidad el desempeño de un clínico al predecir la conveniencia de dar de alta del hospital. En la función de recopilador de datos, sin embargo, el clínico podría descubrir datos importantes de un paciente que negarían una predicción estadística por lo demás perfectamente lógica.

El enfoque estadístico es de especial valor cuando:

1. *El resultado que se va a predecir es objetivo y específico.* Por ejemplo, en la predicción de calificaciones, altas exitosas, éxito vocacional y resultados objetivos similares.
2. *Predominan los resultados para muestras heterogéneas grandes y el interés en el caso individual es mínimo.* Tener una fórmula estadística para predecir cuántos de 50 000 hombres recibirán bajas deshonrosas del ejército será muy útil para el ejército, pero lo será menos para el clínico que trata al soldado Smith.
3. *Hay razones para preocuparse por el error de juicio o sesgo humano.* La fatiga, el aburrimiento, el sesgo y un montón de otras fallas humanas pueden ser responsables del error clínico. A menudo, estos efectos son aleatorios e impredecibles. Las fórmulas, ecuaciones y computadoras nunca se cansan, se aburren ni se sesgan.

Gran parte de la controversia sobre los métodos clínico frente a estadístico ha sido acalorada. Cada campo parece despreciar al otro. Si una fórmula parece funcionar mejor que la intuición, los clínicos se sienten amenazados y reaccionan a la defensiva. Del mismo modo, algunos investigadores ven a los clínicos apenas como máquinas sumadoras de segunda categoría cuando se trata de efectuar predicciones. Tales reacciones hacen poco por resolver algo y en vez de ello congelan a ambas facciones en posiciones que les impiden aceptar las ventajas de la otra.

La posición más útil parece ser una que integre los dos enfoques. El clínico sensible utilizará toda ecuación de regresión, puntuación de prueba objetiva o método estadístico que muestre promesas de funcionar para una tarea específica. Dicho clínico entenderá en forma plena que una fórmula nunca suplantará por completo la recopilación de datos clínicos, la formulación de hipótesis e incluso la intuición.

Por la misma razón, el clínico puede sentir alivio por el hecho de que incluso las ecuaciones de regresión deben surgir de algún lado. Del mismo modo en que alguien debe programar una computadora, alguien debe decidir qué clase de datos deberán cuantificarse y someterse a análisis estadístico. Alguien debe seleccionar en un inicio las pruebas y los reactivos de éstas. Aunque pueden aplicarse fórmulas en forma mecánica, su elaboración inicial depende del psicólogo clínico.

PERFIL 10-1

Howard N. Garb, Ph. D.



El doctor Howard N. Garb es un psicólogo clínico del Sistema de Salud Pittsburgh V. A. Es notable en especial debido a que es un investigador muy respetado y un clínico de tiempo completo. Ha publicado numerosos artículos de investigación y capítulos, así como un libro sobre evaluación psicológica y juicio clínico. El reciente libro del doctor Garb, *Studying the Clinician: Judgment Research and Psychological Assessment*, ha recibido elogios muy difundidos por su minuciosidad y amplitud. En su trabajo clínico, funge como coordinador de una clínica de trastornos de ansiedad y adaptación, y supervisa a internos de psicología.

Le hicimos al doctor Garb unas cuantas preguntas sobre sus antecedentes y sus opiniones sobre la psicología clínica.

¿Por qué se interesó en un principio en el campo de la psicología clínica?

Decidí volverme psicólogo clínico cuando tenía 16 años. Muchos de mis parientes maternos eran profesionales de la salud mental. De hecho, soy un profesional de la salud mental de la tercera generación. En contraste, el hermano de mi padre murió en un hospital de salud mental cuando era joven. Falleció debido al uso inapropiado del tratamiento con choques, una ocurrencia que no era desconocida en los 40. Decidí convertirme en psicólogo clínico porque disfruto leyendo y pensando en la psicología y debido a que no podía pensar en un trabajo más significativo.

Describa en qué actividades participa como psicólogo clínico.

Como psicólogo clínico en el Sistema de Atención de la Salud Pittsburgh V. A., veo clientes para entrevistas, pruebas psicológicas y terapia individual y de grupo. También estoy en el equipo de urgencias psiquiátricas del hospital. Las personas a menudo me preguntan cómo puedo hacer investigación mientras tengo una carga clínica completa. Mi respuesta es que si uno desea hacer investigación debe estar dispuesto a trabajar entre 70 y 80 horas a la semana. Después de ver a los clientes durante 40 horas semanales, soy capaz de encontrar tiempo para la investigación.

¿Cuáles son sus áreas particulares de experiencia o interés?

Mi área general de experiencia es la evaluación psicológica. Estoy interesado en especial en la validez de las pruebas psicológicas, la validez de los juicios y decisiones tomadas por los profesionales de la salud mental, los procesos cognoscitivos de los clínicos y el uso de computadoras para elaborar juicios y tomar decisiones.

¿Cuáles son las tendencias futuras que ve para la psicología clínica?

Las computadoras se volverán cada vez más importantes en la evaluación psicológica, del mismo modo en que se están volviendo cada vez más importantes para la sociedad en general. Con el tiempo, se utilizarán para describir rasgos de personalidad, hacer diagnósticos, predecir comportamientos y tomar decisiones de tratamiento. Sin embargo, antes que transformen la evaluación psicológica, es importante que entendamos cómo, y cuán bien, efectúan juicios los clínicos. Es importante entender algo antes de intentar cambiarlo.

(continúa)

Perfil 10-1 *(continuación)*

¿Cuáles son las principales lecciones que deberían aprender los psicólogos clínicos de los estudios sobre el juicio clínico?

Hay muchas lecciones que aprender de los estudios sobre el juicio clínico. Los clínicos deberían poner atención en la investigación empírica, percatarse de los sesgos culturales y vencerlos, ser precavidos con algunas tareas de juicio debido a que son muy difíciles (como describir mecanismos de defensa o hacer juicios causales), ser sistemáticos y amplios cuando realizan entrevistas, poner atención a los criterios de diagnóstico cuando realizan diagnósticos, utilizar pruebas psicológicas y métodos de evaluación conductual, considerar alternativas cuando se emiten juicios, disminuir la dependencia de la memoria y seguir principios legales y éticos.

Los resultados sobre el juicio clínico no son todos positivos ni todos negativos. Los clínicos pueden ser desdichados cuando los resultados de un estudio son negativos. Sin embargo, sólo examinándonos en forma crítica pueden hacerse progresos en la práctica clínica.

Mejora del juicio y la interpretación

En este capítulo, y en los anteriores sobre entrevistas y evaluación, hemos expuesto una variedad de factores que puede reducir la eficiencia y validez de las predicciones e interpretaciones clínicas. Uno no puede permitirse imponer una serie de prescripciones que conducirán a un desempeño perfecto. Sin embargo, permítasenos llamar la atención sobre varios factores que es importante tener en cuenta cuando pasa uno de los datos a la interpretación y la predicción. Aunque el desempeño de los clínicos no haya sido bueno, hay formas de mejorarlo (Faust, 1986; Garb, 1998).

Procesamiento de la información

Conforme los clínicos procesan información de evaluación, a menudo son bombardeados con cantidades tremendas de datos. En muchos casos, esta información puede ser difícil de integrar debido a su volumen y complejidad. Los clínicos deben evitar la tendencia a simplificar de más. Es fácil reaccionar en forma exagerada ante unos cuantos fragmentos de información "llamativos" e ignorar otros datos que no encajan en el panorama que tratan de esbozar. Ya sea que la presión provenga de una sobrecarga de información o de la necesidad de ser consistente con inferencias sobre el paciente, el clínico debe ser capaz de tolerar la ambigüedad y complejidad que surgen de pacientes inherentemente complejos.

El síndrome de interpretación

Comentamos en un capítulo anterior que los clínicos en ocasiones tienden a interpretar en exceso. A menudo inyectan significado a comentarios y acciones que cuando mucho se consideran menos que significativas en un sentido profundo. Debido a que están predispuestos a hacer dichas observaciones, pueden reaccionar con facilidad a claves mínimas como evidencia de psicopatología. Lo que en realidad es sorprendente es que el mundo progrese con tantas personas "enfermas" allá afuera. Es tan fácil enfatizar lo negativo en lugar de lo positivo que los clínicos pueden hacer en seguida predicciones o interpretaciones extremas que no toman en cuenta las virtudes de la persona. Garb (1998) señala que los clínicos que evalúan las ventajas y virtudes de los clientes, además de evaluar la patología y disfunción, tienen menos probabilidad de declararlos desadaptados o deteriorados.

Validación y registros

Con demasiada frecuencia, los clínicos hacen interpretaciones o predicciones sin darles seguimiento. Si no las registran, resulta demasiado fácil recordar sólo las correctas. Hacer un esfuerzo por comparar la opinión del clínico con la de colegas profesionales, parientes u otros que conozcan al paciente puede ayudar también a refinar las habilidades interpretativas.

Reportes, conceptos y criterios vagos

Uno de los obstáculos más penetrantes para el juicio clínico válido es la tendencia a utilizar conceptos vagos y criterios mal definidos. Este proceso culmina en informes psicológicos igual de vagos. En estas condiciones, puede ser muy difícil determinar si las predicciones y juicios de los clínicos fueron correctos (¡lo cual puede ser la razón por la que algunos de ellos usan esa oscura terminología!). Para combatir este problema, Garb (1998) recomienda que los clínicos utilicen entrevistas estructuradas, escalas de estimación estructuradas, pruebas de personalidad objetivas y métodos de evaluación conductual para informar su juicio y predicciones clínicos.

Efectos de las predicciones

En ocasiones las predicciones resultan erróneas no porque se basen en inferencias equivocadas sino porque las predicciones influyeron en la situación conductual. Por ejemplo, el pronóstico de que un paciente tendría dificultades para adaptarse al hogar después de ser dado de alta del hospital pudo ser correcto. Sin embargo, los parientes del enfermo pueden tomarla como un desafío y por consiguiente proporcionan un ambiente que condujo más a la adaptación del sujeto de lo que habría sido sin la predicción. Por tanto, el acto de emitir un juicio puede servir para alterar el comportamiento del clínico o de otros.

Predicciones en situaciones desconocidas

Es probable que las inferencias y predicciones clínicas sean erróneas cuando los clínicos no tienen claras las situaciones en que están prediciendo. Inferir agresión a partir de la TAT es una cosa; relacionarla con situaciones específicas es otra. Además, sin importar cuán cuidadosos y correctos sean los clínicos, un hecho extraño puede negar una predicción por lo demás perfectamente válida. Veamos el siguiente ejemplo del programa de evaluación de la OSS:

> Mientras operaba en el extranjero, un oficial de alto rango de la OSS recibió una carta de un amigo en Estados Unidos informándole que su esposa había huido con el mecánico local, sin dejar mensaje ni dirección. Como resultado, la moral del oficial, que antes había sido alta, cayó a cero. El personal de evaluación podía predecir que un pequeño porcentaje de hombres tendrían que afrontar un hecho profundamente deprimente o inquietante de esta clase pero, una vez más, no era posible adivinar cuál de los evaluados se afligiría de esta manera. (OSS Assessment Staff, 1948, p. 454)

El sentido común sugeriría que para predecir con precisión el comportamiento de una persona, el clínico debe considerar el ambiente en que tiene lugar ese comportamiento. Esto también es un principio de la evaluación conductual. Sin embargo, con frecuencia se pide a los clínicos que elaboren predicciones basados sólo en información imprecisa y vaga respecto a la situación en que vive o trabaja su paciente.

En un escenario hospitalario, puede solicitarse a un clínico que proporcione un informe previo al alta sobre un paciente psiquiátrico determinado. Pero la información de que dispone con demasiada frecuencia sólo cubre los antecedentes generales, con descripciones complementarias de diferencias individuales. Investigadores como Chase (1975), Ekehammar (1974), Megargee (1970), Mischel (1968) y Moos (1975) concuerdan en que tales datos son sujetos a un efecto de tope que no permitirá correlaciones mejores que .30 a .40 entre los datos y el comportamiento subsiguiente. Para decir lo mínimo, las correlaciones de esta magnitud dejan mucho que desear. Por consiguiente, es probable que los datos de personalidad solos sean insuficientes en muchas situaciones de predicción.

Principios de predicciones falaces

En algunos casos, las predicciones intuitivas pueden conducir a los clínicos a un error, ya que ignoran la lógica de la predicción estadística. Las predicciones intuitivas a menudo ignoran tasas bases, dejan de considerar efectos de regresión y asumen que los pronosticadores con correlación elevada producirán mayor validez (Garb, 1998; Kahneman y Tversky, 1973). Por ejemplo, supóngase que un clínico evalúa a un paciente recolectando muestras de comportamiento en una variedad de situaciones. Aun cuando las observaciones revelan una persona agresiva en extremo, el clínico no debe sorprenderse al enterarse de que a final de cuentas la persona se comporta de un modo no agresivo. Los conceptos de regresión deberían llevar a uno a esperar que los padres excepcionalmente altos tendrán un hijo más bajo, que los estudiantes brillantes en ocasiones salen mal, etcétera.

Además, la seguridad de los clínicos en ocasiones puede ser engañosa. Por ejemplo, Kahneman y Tversky (1973) mostraron que los individuos son más seguros cuando están prediciendo a partir de pruebas correlacionadas. De manera más específica, aunque los clínicos a menudo están más seguros de sus inferencias cuando se derivan de una combinación de la Rorschach, la TAT y el MMPI en lugar de una sola prueba, M. Golden (1964) no pudo encontrar evidencia que apoyara esta seguridad. La confiabilidad y validez de las interpretaciones clínicas no se incrementan como una función de las cantidades crecientes de datos de prueba. Uno debería buscar siempre corroborar sus inferencias, pero sería un error creer que la validez de éstas se correlaciona de forma inevitable con el tamaño de la batería de prueba.

Influencia de las creencias estereotipadas

En ocasiones los clínicos parecen interpretar los datos en función de *creencias estereotipadas* (Chapman y Chapman, 1967). Por ejemplo, Golding y Rorer (1972) encontraron que ciertos clínicos creen que las respuestas anales en la Rorschach indican homosexualidad, y son muy reacios a cambiar sus preconcepciones aun frente a una capacitación intensiva en contrario. Esta investigación es un recordatorio de que los clínicos deben estar en alerta constante contra cualquier tendencia a creer que ciertos signos diagnósticos siempre son indicadores válidos de ciertas características.

Otro ejemplo proviene de una encuesta de los efectos de la posición socioeconómica de los clientes en los juicios clínicos (Sutton y Kessler, 1986). Una muestra de 242 participantes leyó historias clínicas idénticas en todos los aspectos, excepto por la posición socioeconómica del cliente. Cuando el sujeto se describía como un receptor de beneficencia desempleado con una educación hasta séptimo grado, los clínicos predijeron un pronóstico peor y tuvieron menor probabilidad de recomendar terapia de insigth.

"Por qué no asisto a conferencias de presentación de casos"

En un artículo simpático, Meehl (1977) enumera una variedad de razones por las que dejó de asistir a estas conferencias. Cataloga diversas falacias que surgen a menudo en dichas reuniones. La mayor parte se relaciona con el proceso interpretativo en general. La siguiente sinopsis de unos cuantos de los ejemplos de Meehl proporciona algo de su sabor:

- *Falacia enfermo-enfermo:* la tendencia a percibir a las personas muy diferentes a nosotros como enfermas. Hay una tendencia a interpretar el comportamiento muy distinto al de nosotros como desadaptado y es más fácil ver patología en dichos clientes.
- *Falacia yo también:* negar la significación diagnóstica de un hecho en la vida del paciente debido a que también nos ha sucedido a nosotros. Algunos somos lo bastante narcisistas o defensivos como para creer que somos modelos de salud mental. Por consiguiente, entre más se parecen a nosotros nuestros pacientes, es menos probable que detectemos problemas.
- *Falacia de los panqués del tío George:* "no hay nada de malo en eso; a mi tío George tampoco le gusta tirar las sobras de los panqués". Tal vez ésta es una extensión de la falacia anterior. Lo que hacemos (y, por extensión, lo que hacen las personas cercanas a nosotros) no podrían ser desadaptadas; por consiguiente, los que son como nosotros tampoco pueden estar desadaptados.
- *Falacia de los múltiples Napoleones:* sólo hubo un Napoleón, a pesar de la intensidad con que un paciente psicótico pueda sentir que

también es Napoleón. Una objeción a interpretar la creencia de un paciente así como patológica es apuntalada por el comentario: "Bueno, puede no ser real para nosotros, ¡pero es real para él!" Además, "Todo es real para la persona que percibe. De hecho, nuestras percepciones son nuestra realidad". Si este argumento se invocara en forma consistente, nada sería patológico. Incluso el paciente con esquizofrenia paranoide que cree que algunos extraterrestres viven en sus conductos nasales sería normal en vista de que, después de todo, esto es realidad para él.

- *Falacia de que el entendimiento lo hace normal:* la idea de que entender las creencias o comportamientos de un paciente los despoja de su significación. Es muy fácil que los clínicos caigan en esta trampa. Incluso el comportamiento más desviado y curioso puede comenzar de alguna manera a parecer aceptable una vez que nos convencemos de que sabemos las razones para su ocurrencia. Puede ser que esto no sea muy diferente al razonamiento de quienes excusan el comportamiento criminal debido a que entienden los motivos y malas experiencias infantiles que intervienen.

Comunicación: el reporte clínico

Hasta este punto, hemos expuesto el proceso del juicio clínico en la evaluación. El clínico ha completado la entrevista, administró las pruebas y leyó la historia clínica. Las pruebas han sido calificadas, y se han elaborado hipótesis e impresiones. Ha llegado el momento de escribir el reporte. Ésta es la fase de comunicación del proceso de evaluación.

Appelbaum (1970) ha caracterizado la función del evaluador como un sociólogo, político, diplomático, conductor de dinámicas de grupo, vendedor, artista y, sí, incluso psicólogo. Como sociólogo, el evaluador debe aquilatar las costumbres locales para ayudar en la aceptación del reporte y dirigirlo a aquellos con mayor probabilidad de ponerlo en práctica. En algunos casos, esto puede significar interactuar con personal de hospital para convencerlos de la validez del reporte y para animarlos a actuar de acuerdo con él. Estas interacciones pueden incluir asistentes de pabellón, enfermeras, psiquiatras y otros. Dicha persuasión puede parecer a veces más adecuada para un político o diplomático que para un clínico.

Uno no debería aceptar el papel de mercachifle clínico. Sin embargo, de seguro hay ocasiones en que los reportes tendrán la función de convencer a otros que son reacios. No todos están dispuestos a considerar al clínico como un proveedor de sabiduría y verdad puras. De manera ideal, por supuesto, la evidencia para las conclusiones de los clínicos y lo estricto de sus argumentos serán razones suficientes para aceptar sus descripciones y recomendaciones.

No hay un "mejor formato" único para un reporte. El motivo de consulta, el público al que se dirija el reporte, las clases de procedimientos de evaluación utilizados y la postura teórica del clínico son sólo unas cuantas de las consideraciones que pueden afectar la presentación de un reporte clínico. Es probable que lo que se dice a un psiquiatra se redacte en un lenguaje diferente al que se dirige a un funcionario escolar. La retroalimentación proporcionada a los padres de un niño con retardo mental debe presentarse en forma diferente de la que se da a un colega. En la tabla 10-2 presentamos un bosquejo de muestra de un reporte de una prueba psicológica (Beutler, 1995).

Fuente de referencias

La responsabilidad principal del reporte es abordar el *motivo de consulta*. El reporte de prueba debería responder en forma meticulosa y explícita las interrogantes que sugirieron la evaluación en primer lugar. Si las preguntas del motivo de consulta no se pueden responder o si son inapropiadas de alguna manera, el informe debe recoger este juicio y las razones correspondientes. En algunos casos (quizá la mayor parte), habrá contradicciones inherentes en los datos de evaluación. Aunque el clínico debe hacer todo su esfuerzo por resolverlas y presentar una visión unificada del paciente, en algunos casos no es posible dicha resolución. En estas circunstancias deberán describirse las contradicciones. La distorsión en servicio de la consistencia no es una alternativa deseable.

TABLA 10-2 Bosquejo de una muestra de reporte psicológico

I. Información de identificación
   A. Nombre del paciente
   B. Sexo
   C. Edad
   D. Etnia
   E. Fecha de evaluación
   F. Clínico que envía

II. Motivo de consulta

III. Procedimientos de evaluación

IV. Antecedentes
   A. Información pertinente para aclarar el motivo de consulta
   B. Una declaración de la probable confiabilidad y validez de las conclusiones

V. Resumen de impresiones y hallazgos
   A. Nivel cognoscitivo
      - Funcionamiento intelectual y cognoscitivo actual (ideación, inteligencia, memoria, percepción)
      - Grado (cantidad) de deterioro comparado con el nivel premórbido
      - Causa probable del deterioro

      (Para el final de esta subsección el que envía deberá saber si el paciente tiene trastorno de pensamiento, retardo mental, organicidad.)
   B. Niveles afectivo y del estado de ánimo
      - Estado de ánimo y afectivo en el presente, comparado con los niveles premórbidos
      - Grado de perturbación (leve, moderado, grave)
      - Naturaleza crónica frente a aguda de la perturbación
      - Labilidad: ¿cuán bien puede la persona modular y controlar el afecto con sus recursos cognoscitivos?

      (Para el final de esta subsección, el que envía deberá saber si hay una perturbación del estado de ánimo, cuáles son los afectos del paciente y cuán bien controladas están sus emociones.)
   C. Nivel interpersonal e intrapersonal
      - Conflictos interpersonales e intrapersonales primarios y su significado
      - Estrategias de afrontamiento interpersonal e intrapersonal (incluyendo defensas principales)
      - Formulación de la personalidad

VI. Impresiones diagnósticas
   A. Series de impresiones sobre el funcionamiento cognoscitivo y afectivo, o
   B. Los diagnósticos más probables

VII. Recomendaciones
   A. Evaluación del riesgo, necesidad de confinamiento, medicación
   B. Duración, modalidad, frecuencia de tratamiento

Fuente: Beutler (1995), p. 36. Reimpreso con autorización.

A menudo hay lectores secundarios de los reportes clínicos. Por ejemplo, aunque el informe primario se remita a la persona que envió (un psiquiatra, otro clínico o una dependencia), un lector secundario puede ser el administrador de una dependencia, un evaluador de programas o un psicólogo investigador. En circunstancias específicas puede ser necesario o incluso deseable preparar un texto especial para estas personas. En todo caso, un reporte clínico no siempre sirve

para una función exclusivamente clínica o de ayuda directa; también puede ser útil para asistir a una dependencia en la evaluación del efecto de sus programas. Del mismo modo puede ser útil desde el punto de vista de la investigación psicológica. La información en los reportes clínicos a menudo puede ser útil para validar pruebas o las interpretaciones y predicciones hechas a partir de las pruebas. Estos datos en ocasiones pueden proporcionar una línea base con la cual comparar el cambio subsiguiente en el paciente como una función de varias formas de intervención.

Auxiliares para la comunicación

La función de un reporte es la comunicación. Las siguientes son algunas sugerencias para ampliar esta función.

Lenguaje. Uno no debe recurrir a la jerga o a un relato aburrido y detallado prueba por prueba de las respuestas del paciente. Una vez más, es importante recordar la naturaleza de la fuente de referencia. En general, es probable que sea mejor escribir en un estilo y lenguaje que pueda comprender una persona lega inteligente. Por supuesto, lo que es jerga o excesivamente técnico está en parte en el ojo del espectador. Puede tolerarse una cantidad considerable de lenguaje técnico en un reporte enviado a un colega conocido. Por otra parte, dicha jerga no tiene lugar en un reporte que se va a entregar a un padre. Los términos *dispersión entre pruebas* y *percentiles* pueden estar bien para otro clínico, pero no deben aparecer en un reporte enviado a un consejero de secundaria.

Reportes individualizados. Observamos antes en este capítulo la importancia de evitar el efecto Barnum, y está bien repetir el punto aquí. Lo distintivo (sean características actuales, desarrollo o historia de aprendizaje) se prefiere a lo general. Decir "Jack es inseguro" difícilmente lo distingue de 90% de los pacientes de psicoterapia. Decir que la inseguridad de Jack se deriva de una historia de vivir con varios parientes diferentes cuando era niño y que se agudizará siempre que deba tomar una decisión que lo aleje (aunque sea en forma temporal) de su esposa y hogar, es considerablemente más significativo. En este caso, una característica general se califica de manera distintiva mediante condiciones antecedentes y subsiguientes.

Nivel de detalle. A menudo surge la cuestión de cómo debería ser un reporte detallado. De nuevo, la respuesta depende en gran medida del público. En general, parece deseable incluir una mezcla de generalidades abstractas, ilustraciones conductuales específicas y algún detalle de las pruebas. Por ejemplo, al reportar tendencias depresivas, serían recomendables unas cuantas ilustraciones de las respuestas de prueba que condujeron a la inferencia. También podrían ser bastante útiles algunas de las observaciones conductuales interesantes que se hicieron durante la prueba. Cierta cantidad de detalle puede dar a los lectores la sensación de que pueden evaluar las conclusiones e interpretaciones del clínico. El uso exclusivo de generalidades abstractas pone al lector a merced de los procesos de inferencia del autor.

Un caso ilustrativo de un reporte clínico

Para ilustrar varios de los puntos que se señalaron en este capítulo respecto al juicio y comunicación clínica, consideremos un reporte de caso clínico (Corbishley y Yost, 1995, pp. 322-340).

Ficha de identificación
Nombre: Antonio Ramírez
Fecha de nacimiento: 4/07/62
Sexo: Masculino
Fechas de evaluación : 22/08/94, 23/08/94

Motivo de consulta
Antonio Ramírez, varón latino de 32 años de edad, es un sargento en el Departamento de Policía de Detroit, Michigan, que en la actualidad trabaja como oficial de narcóticos. En las semanas anteriores, ha exhibido signos de estrés pero ha rehusado solicitar una incapacidad por enfermedad, afirmando que él estaba bien. Fue enviado por su comandante a evaluación psicológica para determinar el grado en que los acontecimientos recientes de su vida podían haber afectado su capacidad para continuar con sus deberes presentes.

para una función exclusivamente clínica o de ayuda directa; también puede ser útil para asistir a una dependencia en la evaluación del efecto de sus programas. Del mismo modo puede ser útil desde el punto de vista de la investigación psicológica. La información en los reportes clínicos a menudo puede ser útil para validar pruebas o las interpretaciones y predicciones hechas a partir de las pruebas. Estos datos en ocasiones pueden proporcionar una línea base con la cual comparar el cambio subsiguiente en el paciente como una función de varias formas de intervención.

Auxiliares para la comunicación

La función de un reporte es la comunicación. Las siguientes son algunas sugerencias para ampliar esta función.

Lenguaje. Uno no debe recurrir a la jerga o a un relato aburrido y detallado prueba por prueba de las respuestas del paciente. Una vez más, es importante recordar la naturaleza de la fuente de referencia. En general, es probable que sea mejor escribir en un estilo y lenguaje que pueda comprender una persona lega inteligente. Por supuesto, lo que es jerga o excesivamente técnico está en parte en el ojo del espectador. Puede tolerarse una cantidad considerable de lenguaje técnico en un reporte enviado a un colega conocido. Por otra parte, dicha jerga no tiene lugar en un reporte que se va a entregar a un padre. Los términos *dispersión entre pruebas* y *percentiles* pueden estar bien para otro clínico, pero no deben aparecer en un reporte enviado a un consejero de secundaria.

Reportes individualizados. Observamos antes en este capítulo la importancia de evitar el efecto Barnum, y está bien repetir el punto aquí. Lo distintivo (sean características actuales, desarrollo o historia de aprendizaje) se prefiere a lo general. Decir "Jack es inseguro" difícilmente lo distingue de 90% de los pacientes de psicoterapia. Decir que la inseguridad de Jack se deriva de una historia de vivir con varios parientes diferentes cuando era niño y que se agudizará siempre que deba tomar una decisión que lo aleje (aunque sea en forma temporal) de su esposa y hogar, es considerablemente más significativo. En este caso, una característica general se califica de manera distintiva mediante condiciones antecedentes y subsiguientes.

Nivel de detalle. A menudo surge la cuestión de cómo debería ser un reporte detallado. De nuevo, la respuesta depende en gran medida del público. En general, parece deseable incluir una mezcla de generalidades abstractas, ilustraciones conductuales específicas y algún detalle de las pruebas. Por ejemplo, al reportar tendencias depresivas, serían recomendables unas cuantas ilustraciones de las respuestas de prueba que condujeron a la inferencia. También podrían ser bastante útiles algunas de las observaciones conductuales interesantes que se hicieron durante la prueba. Cierta cantidad de detalle puede dar a los lectores la sensación de que pueden evaluar las conclusiones e interpretaciones del clínico. El uso exclusivo de generalidades abstractas pone al lector a merced de los procesos de inferencia del autor.

Un caso ilustrativo de un reporte clínico

Para ilustrar varios de los puntos que se señalaron en este capítulo respecto al juicio y comunicación clínica, consideremos un reporte de caso clínico (Corbishley y Yost, 1995, pp. 322-340).

Ficha de identificación
Nombre: Antonio Ramírez
Fecha de nacimiento: 4/07/62
Sexo: Masculino
Fechas de evaluación : 22/08/94, 23/08/94

Motivo de consulta
Antonio Ramírez, varón latino de 32 años de edad, es un sargento en el Departamento de Policía de Detroit, Michigan, que en la actualidad trabaja como oficial de narcóticos. En las semanas anteriores, ha exhibido signos de estrés pero ha rehusado solicitar una incapacidad por enfermedad, afirmando que él estaba bien. Fue enviado por su comandante a evaluación psicológica para determinar el grado en que los acontecimientos recientes de su vida podían haber afectado su capacidad para continuar con sus deberes presentes.

Procedimientos de evaluación
Se revisaron tanto el expediente personal del señor Ramírez como el reporte de envío del médico y el sujeto accedió de mala gana a permitir que se entrevistara a su esposa, Donna. El 22 de agosto de 1994, la señora Ramírez fue entrevistada durante una hora mientras su esposo respondía el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, segunda edición (MMPI-2). El sargento se quejó de dolor de cabeza y visión borrosa, lo cual afirmó que impedía continuar la evaluación ese día. Regresó al día siguiente para una entrevista de una hora, después de la cual se le aplicó la Rorschach y la Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos Revisada (WAIS-R).

Antecedentes
El matrimonio tiene 8 años y ha procreado una hija y un hijo de 6 y 4 años, respectivamente. Él ha sido empleado del Departamento de Policía de Detroit desde 1984 y tiene un expediente satisfactorio. En general, su salud es buena y expresa satisfacción con su trabajo y matrimonio. Su vida social es limitada, lo cual lo atribuye al hecho de que como oficial de policía es visto con intranquilidad por amigos potenciales, y también a su horario impredecible de trabajo.

Conserva buenas relaciones con sus hermanos pero los ve rara vez, ya que viven en partes distantes del país. No tiene pasatiempos y pasa su limitado tiempo libre en casa, jugando ocasionalmente con sus hijos, pero sobre todo da mantenimiento a su casa y su patio. Su relación con su esposa según su reporte es cercana, pero dice que rara vez discute sus sentimientos y no la agobiaría con sus preocupaciones. Su esposa lo describe como un buen esposo, fiel, ecuánime y un padre amoroso, pero dice que toma la vida demasiado en serio y que le gustaría que aprendiera a divertirse más.

El señor Ramírez fue criado por su madre en una pobreza considerable, su padre falleció en un accidente industrial cuando Antonio tenía 8 años. Lo recuerda como: "severo, pero sabías que te amaba". Describe a su madre como "siempre agotada, siempre triste". En el momento de la muerte de su padre había tres menores, de 5 años, 3 años y 6 meses. El señor Ramírez ocupó pronto el papel de sostén de la familia: trabajaba después de la escuela y los fines de semana para aumentar el ingreso familiar, y ayudaba a disciplinar a sus hermanos menores. Recuerda sus años de desarrollo como "no muy divertidos, mucha lucha por sobrevivir".

En la escuela estaba aislado por su horario de trabajo y su determinación a terminar su educación, por lo que no tenía tiempo para "bromear con los chicos". Aprendió a pelear en defensa propia cuando era necesario, a seguir su propio curso y a persistir en todo lo que intentaba. Su desarrollo sexual fue poco notable. En vista de que su madre parecía estar agobiada y la falta de amigos cercanos, aprendió a guardarse para sí mismo sus problemas y sentimientos. Después de 2 años en el colegio ingresó a la academia de policía, atraído por la disciplina y la estructura de la organización y la oportunidad de defender al público. En la fuerza policiaca adquirió reputación de ser justo, ecuánime, duro y fiable por completo, pero no una persona a la que fuera fácil acercarse; de hecho, casi atemoriza su autosuficiencia.

En los últimos 3 meses ha experimentado varios hechos perturbadores. Su compañero fue herido durante una redada; al mismo señor Ramírez le dispararon, aunque no lo hirieron, mientras hacía una revisión de tráfico de rutina; su esposa fue atacada, aunque no la violaron ni la hirieron físicamente, camino a su casa de regreso del trabajo una noche; y él fue el primero en llegar a una escena del crimen y descubrir a dos niños menores de 5 años que fueron golpeados hasta morir en una casa en que se consumía "crack".

Esta acumulación de violencia parece haberlo afectado en varias formas. Había tenido varios arrebatos de cólera poco característicos ante frustraciones menores; en una ocasión, para angustia de sus colegas oficiales, disparó su arma de policía con insuficiente provocación. Los síntomas somáticos incluyen una pérdida de peso de 7 kilogramos durante los 2 meses anteriores y (de acuerdo con su esposa) sueño intranquilo y pesadillas varias veces a la semana. Además, se había vuelto sobreprotector con su familia en forma irracional: no permitía que sus hijos visitaran las casas de sus amigos y demandaba furioso que su esposa dejara de trabajar. En el trabajo parecía nervioso y distraído, al grado que se había vuelto una preocupación para

sus compañeros oficiales. Cuando realizaba una tarea que requería una atención estrecha, le dolió la cabeza en varias ocasiones. Varios de sus informes escritos, por lo general completados con meticulosidad, contenían errores descuidados y omisiones. Había rehusado discutir cualquiera de estos incidentes o su impacto con su compañero, su supervisor inmediato o el médico designado por la policía.

Cuando se le preguntaba sobre estos comportamientos inusuales, negaba que hubiera cambiado y afirmaba que las personas estaban exagerando. Al sondear, admitió que en ocasiones, cuando realizaba actividades diarias sin relación, tenía escenas retrospectivas (en especial de la escena con los niños muertos), pero afirmaba que no lo trastornaban ni le hacían perder la concentración. Atribuía su pérdida de peso y sueño intranquilo al clima caluroso del verano, e insistió a lo largo del proceso de evaluación que estaba "bien", que los sucesos de los meses anteriores eran sólo parte de su trabajo y de su vida, y que era capaz de continuar trabajando como antes.

Confiabilidad y validez de las conclusiones
En varios puntos en la evaluación, el señor Ramírez se agitó y parecía irritado; acusó en broma al examinador de tratar de hacerle recordar "cosas que era mejor olvidar". En situaciones no estructuradas (la Rorschach), produjo menos respuestas conforme procedía la prueba. Es probable que su nivel elevado de excitación haya afectado la validez de sus respuestas a materiales no estructurados. Tuvo menos quejas respecto a los materiales estructurados (el MMPI-2), pero los índices de validez indican un esfuerzo por presentarse bajo una luz favorable y negar patología. Durante tareas que desafiaban el intelecto (la WAIS-R), parecía intentarlo duro y se distraía muy poco.

Toda la evidencia externa indica que el comportamiento del señor Ramírez durante las dos semanas anteriores representa una desviación considerable de los niveles de funcionamiento premórbidos, a pesar de sus negaciones. Los resultados de los procedimientos deben interpretarse por consiguiente a la luz de información objetiva de fuentes externas.

Resumen de impresiones y hallazgos
En ambos días de evaluación, el señor Ramírez llegó puntual, con uniforme completo y aseado con meticulosidad. Ya fuera que estuviera sentado o parado, se mantenía erguido y hacía poco movimiento, como si estuviera en posición de firme. Hacía contacto ocular con poca frecuencia y en forma breve, y hablaba con una voz clara, bastante fuerte y monótona, a menudo hacía pausa antes de hablar y rara vez ampliaba sus respuestas sin que se le sugiriera. Aun cuando hablaba de sus experiencias internas, daba la impresión de una persona que daba un reporte formal a un superior. Sólo cuando respondía a material no estructurado daba la sensación de que sus respuestas eran espontáneas.

Desde el punto de vista intelectual, este hombre funciona dentro del rango "normal brillante" de inteligencia, pero en un nivel considerablemente inferior de lo que había indicado la evaluación previa. En circunstancias normales, piensa con cuidado y lógica (aunque sin imaginación) y es capaz de esfuerzos intelectuales sostenidos. En el momento presente, se distrae con facilidad por experiencias internas intensas. Un afecto intenso e imágenes mentales de hechos desagradables recientes parecen entrometerse en sus esfuerzos de solución de problemas y reducen su eficiencia cognoscitiva. Por tanto, su concentración y memoria están algo deterioradas. El oficial reconoce esto y hace esfuerzos vacilantes e ineficaces para superarlo y compensarlo. Estos esfuerzos incrementan su tensión física, lo cual puede explicar sus síntomas somáticos. Es probable que su prueba de la realidad esté algo deteriorada en condiciones de estrés elevado, en especial el estrés de amenazas percibidas a su sentido de competencia o al bienestar de otros; en estas condiciones, sus controles cognoscitivos pueden ser insuficientes para impedir que se vea abrumado por estímulos internos o externos. No hay evidencia de un trastorno del pensamiento, y es probable que pueda regresar a niveles de funcionamiento premórbidos si recibe tratamiento apropiado.

El estado de ánimo del señor Ramírez por lo normal es afable, casi estoico, con expresiones leves de emociones apropiadas para la situación. Rara vez exhibe ira y por lo general maneja sus experiencias afectivas a modo de no despertar sentimientos intensos en sí mismo. Sin embargo, es capaz de una gran intensidad emocional, la cual ve como una debilidad, tanto en él como en los demás. Su temor más grande es la pérdida de autocontrol, mismo que considera como el medio

primordial para alcanzar la satisfacción en la vida. De manera típica, mantiene el control sobre sus emociones por medio de la evitación, el retraimiento y la negación, incluso en su hogar, donde siente menos necesidad de protegerse. Intenta impedir que su esposa e hijos expresen un afecto intenso o prolongado, tanto positivo como negativo. Otros lo sienten como aislado emocionalmente, pero no frío o atemorizante.

En la actualidad está reaccionando con intensidad inusitada ante estímulos leves y hay indicios de que experimenta disforia aguda, con ira y frustración apenas suprimidas. Es evidente que sus controles normales sobre el afecto se están volviendo menos efectivos, aunque continúa negando la existencia de una emoción intensa o su propia incapacidad para contenerla. En vista de que, como oficial de policía, debe trabajar en contacto diario con situaciones que están destinadas a producir emociones desagradables, y como nunca será capaz de proteger por completo a su familia de todo peligro, es probable que sus emociones se intensifiquen y que su control se debilite más. Un rompimiento del control puede manifestarse en malestares somáticos más graves, en una acción hostil y agresiva o en ambos. Es claro que el método actual del oficial para enfrentar la tensión encontrada recientemente cada vez es más ineficaz.

El señor Ramírez por lo general se somete y es convencional, con una necesidad de estructura y una sensación fuerte de moralidad, lealtad y responsabilidad por los demás. Se desempeña mejor, y experimenta una sensación intensa de competencia y seguridad en sí mismo, en situaciones donde su función y la tarea son claras. Tiene necesidad de ser fuerte, efectivo y en control, y de ser visto como tal. Para este fin, es planificador, vigilante, persistente y determinado; establece metas para sí mismo y las persigue de manera organizada. Cuando surgen dificultades, las aborda de inmediato, en forma directa y activa, y es impaciente con las resoluciones ambiguas a los problemas. Por otra parte, demuestra falta de flexibilidad y tendencia a ser dogmático y dominante, en especial con aquellos que ve como inferiores o que necesitan su protección. Debido a su seguridad y competencia, otros tienden a confiar en él, a depender de él y a respetarlo, pero lo encuentran emocionalmente distante y difícil de conocer. Debido a estas actitudes y comportamientos, es, en general, un oficial de policía muy competente.

En su vida personal, tanto su resuelta búsqueda de metas como su rechazo a reconocer un afecto intenso hacen que tenga una existencia bastante triste y obstinada. Su necesidad de evitar parecer vulnerable y su tendencia a disfrutar pasatiempos solitarios lo alejan de una vida social activa, y experimenta una considerable incomodidad en lo que a él le parecen ocasiones sociales sin objeto. Sólo en sus relaciones más íntimas es capaz de relajarse hasta cierto grado; por ejemplo, cuando juega con sus hijos. Tiene un sentido intenso de la importancia de la familia, y en general se adhiere a una perspectiva tradicional de la función del hombre como proveedor y protector. Por tanto, sufrió el ataque reciente a su esposa como una amenaza intensa y multifacética, que exigía una acción inmediata. Dado que no tenía el control sobre la situación ni forma de controlar situaciones futuras similares, se siente desamparado y vulnerable a un grado que es extremadamente difícil de tolerar para él.

Impresiones diagnósticas

Es probable que el funcionamiento premórbido de este hombre se haya caracterizado por una fobia social leve, una tendencia a restringir las experiencias afectivas y su expresión, y una estructura de personalidad algo rígida. Sin embargo, es probable que en general haya sido efectivo en su vida diaria, con un trabajo y relaciones personales estables. Los cambios recientes en su afecto, comportamiento y funcionamiento cognoscitivo parecen relacionarse en forma directa con varios factores psicosociales productores intensos de tensión. Él vuelve a experimentar estos acontecimientos, evita estímulos asociados con los hechos y sufre una pérdida de interés en actividades significativas, mala concentración, respuesta de sobresalto exagerada e irritabilidad intensa. Puesto que estos síntomas han persistido al menos durante un mes, se justifica un diagnóstico de trastorno de estrés postraumático.

Eje I	309.89, Trastorno de estrés postraumático
Eje II	No hay diagnóstico en el Eje II
Eje III	Ninguno
Eje IV	Factores psicosociales productores de estrés: daño a su compañero; esposa atacada; descubrimiento de niños

muertos en una casa donde se consumía "crack"
Gravedad: 4-5 (hechos agudos)

Eje V Evaluación Global del Funcionamiento (GAF): actual, 53; más alta el año anterior, 75

Recomendaciones

Las respuestas del señor Ramírez a su ambiente son cada vez más atípicas y por consiguiente impredecibles. Su asignación actual requiere autodisciplina y juicio frío, los cuales puede que ya no sea capaz de producir en forma confiable en niveles premórbidos. Además, al parecer casi no tiene conocimiento de su condición, está experimentando ira y es capaz de actuar en forma agresiva. Por consiguiente, se recomienda relevarlo de los deberes que impliquen confrontación directa con la violencia o peligro para él u otros, con el retorno al deber activo según su cambio psicológico.

Se recomienda además que el señor Ramírez busque psicoterapia conductual que adopte un enfoque de automanejo, en un grupo, si es posible. Su defensividad, autosuficiencia, adopción de un papel convencional de hombre y resistencia al material psicológico indican que es improbable que sea un buen candidato para una psicoterapia con orientación a la introspección, la cual es probable que viera como evidencia de fracaso personal. Sin embargo, es esencial que aprenda a modificar su necesidad de controlar todos los aspectos de su vida, en especial si desea continuar con su carrera actual. El enfoque conductual de automanejo parece tener más probabilidad de presentar el proceso de autoexamen y cambio bajo una luz aceptable.

Algunos comentarios sobre el reporte de Antonio Ramírez. La función principal de un informe es la comunicación. No debe ser un viaje del yo para el escritor. En general, un lego puede leer y comprender el reporte sobre el oficial; incluye poco de naturaleza técnica. Sin embargo, algo del lenguaje utilizado (por ejemplo, "experiencias internas intensas", "prueba de la realidad") pueden ser familiares sólo para otros profesionales de la salud mental.

Otra característica positiva es el nivel de detalle. El reporte comienza con algo de material antecedente, junto con referencias a los relatos del paciente de su comportamiento y sentimientos. También incluye algunas observaciones conductuales del clínico. Luego pasa a una exposición de las respuestas de prueba y algunas inferencias de ellas. Después de esto, se hacen varias declaraciones integradoras.

Al mismo tiempo, son evidentes ejemplos ocasionales de declaraciones Barnum; por ejemplo: "es probable que su prueba de la realidad esté algo deteriorada en condiciones de estrés elevado". También hubo predicciones o declaraciones ocasionales que fueron algo vagas. Por ejemplo, cómo validaría uno la predicción: "es probable que pueda regresar a niveles de funcionamiento premórbidos si recibe tratamiento apropiado". En muchos casos no queda claro cuáles datos de prueba se utilizaron para apoyar las interpretaciones y predicciones declaradas. ¿Se basaron en resultados del MMPI-2, la WAIS-R o la Rorschach? ¿Qué puntuaciones de prueba específicas de cualquiera o de todas estas medidas se utilizaron como base para estas afirmaciones?

A pesar de estos pocos comentarios críticos, queremos enfatizar que este reporte tiene muchas más virtudes que limitaciones. Los informes variarán respecto a estructura, estilo y lenguaje; pero lo que es más importante es que el reporte de prueba contribuye a incrementar la comprensión del paciente, de modo que pueda emprenderse el curso de acción o tratamiento apropiado. Después de todo, ésta es la meta principal de la evaluación psicológica.

Resumen del capítulo

Los clínicos son una parte integral del diagnóstico y la evaluación. Toman decisiones importantes respecto de cuáles datos recopilar, cómo recabarlos e interpretarlos. Los datos pueden verse como una muestra de comportamiento, un signo de alguna condición subyacente o un correlato de otros constructos conductuales o emocionales. Del mismo modo, la interpretación puede adoptar muchas formas, que van desde la variedad más directa y con menos inferencia hasta la más compleja y con mayor inferencia.

La psicología clínica ha debatido por algún tiempo los méritos de la predicción clínica (subjetiva) frente a la estadística (objetiva, cuantitativa). La investigación apoya en forma clara al enfoque estadístico. Aunque es atractiva desde el punto de vista intuitivo, la predicción clínica está sujeta a una

variedad de sesgos (como raza, clase social y género), puede conducir a una confianza excesiva injustificada y se caracteriza por su falta de confiabilidad y sus problemas de validez. Sin embargo, no se dispone de reglas de decisión objetivas y algoritmos estadísticos para la mayor parte de las tareas de predicción que enfrentan los clínicos. Por consiguiente, a menudo se requieren el juicio y la predicción clínicas.

Ofrecemos varias recomendaciones para mejorar la confiabilidad y validez de los juicios clínicos: 1) considerar toda la información disponible y no ignorar datos inconsistentes. 2) Considerar las ventajas y virtudes de los clientes o pacientes al igual que la patología y la disfunción. 3) Documentar todas las predicciones, tratar de evaluar su precisión y usar esta información como retroalimentación. 4) Utilizar sólo entrevistas y escalas de estimación estructuradas, pruebas de personalidad objetivas y métodos de evaluación conductual para recopilar datos. 5) Considerar la situación y el ambiente del cliente antes de hacer predicciones. 6) Tomar en cuenta las tasas base y los efectos de regresión. 7) No permitir que el nivel de confianza de uno influya en la predicción. 8) Percatarse de las creencias estereotipadas y correlaciones ilusorias y evitarlas.

El reporte clínico sirve como la forma principal de comunicación para transmitir los hallazgos de la evaluación y valoración de un clínico. El reporte debe abordar el motivo de consulta, usando un lenguaje que sea adecuado para la persona o personas que lo leerán. Por último, el informe debe contener información detallada y específica del cliente y evitará afirmaciones vagas al estilo Barnum.

Términos clave

correlatos Variables relacionadas. Los clínicos que emplean una orientación correlativa para los datos del paciente se enfocan en los supuestos correlatos conductuales, de actitudes o emocionales de resultados específicos.

creencias estereotipadas Creencias fijas (por ejemplo, acerca de ciertos signos diagnósticos o grupos definidos demográficamente) que pueden influir en el juicio clínico.

efecto Barnum Término que se aplica en casos donde las afirmaciones que parecen ser autodescripciones válidas en realidad caracterizan casi a cualquiera.

enfoque clínico o subjetivo Enfoque para el juicio e interpretación clínicos que en gran medida es intuitivo y basado en la experiencia. La interpretación clínica o subjetiva requiere que el clínico sea sensible a información de una amplia gama de fuentes y haga una serie de generalizaciones inductivas o deductivas para vincular las observaciones y predecir el resultado.

enfoque cuantitativo o estadístico Enfoque para el juicio e interpretación clínicos que usa fórmulas y modelos estadísticos (ya derivados) para hacer predicciones acerca de resultados clínicos. Una vez que se han establecido las fórmulas, este enfoque no implica alguna toma de decisiones clínicas en absoluto.

interpretación clínica Proceso de inferencia complejo en que el clínico considera la información que tiene a la mano (por ejemplo, datos de entrevista, resultados de pruebas) para conceptualizar el problema y determinar un curso de acción.

motivo de consulta La pregunta sobre el paciente que suscitó la evaluación.

muestras Ejemplares de comportamiento. Una orientación para los datos del paciente considera estos datos como muestras de una reserva mayor de información sobre el paciente.

signos Marcadores de características subyacentes. Una orientación para los datos del paciente los considera como signos de algún estado o rasgo subyacente.

PARTE

3

Intervenciones clínicas

CAPÍTULO ONCE

Intervenciones psicológicas

PREGUNTAS PRINCIPALES

1. ¿Qué es el tratamiento o intervención psicológica?
2. ¿Qué variables del paciente o del terapeuta han mostrado relacionarse con el resultado de la psicoterapia?
3. ¿Cuáles son las fases o pasos típicos de la intervención clínica?
4. ¿Cuáles son las cuestiones principales que se deben considerar cuando se diseña un estudio de investigación de psicoterapia?
5. ¿Cuáles conclusiones pueden extraerse de los principales estudios comparativos de diferentes formas de psicoterapia?

RESEÑA DEL CAPÍTULO

En este capítulo proporcionaremos una descripción general de la psicoterapia y sus características principales, expondremos cuestiones sobre su efectividad y presentaremos una introducción a la investigación de la psicoterapia. El punto central será una revisión amplia de algunas de las características principales que comparten diferentes métodos de intervención clínica. Estas intervenciones reciben muchos nombres: psicoanálisis, terapia cognitiva, terapia de grupo, terapia familiar, terapia del comportamiento, terapia existencial, etc. En algunas formas, cada una tiene un conjunto de características definidas únicas o está dirigida hacia clases específicas de problemas. En capítulos subsiguientes nos enfocaremos en estas características definidas. Aquí, nuestra atención se enfoca en las características compartidas, no en las diferencias.

Introducción

Definición de intervención

En un sentido general, *intervención psicológica* es un método para inducir cambios en el comportamiento, pensamientos o sentimientos de una persona. Aunque podría decirse lo mismo de un comercial de televisión o de los esfuerzos de maestros y amigos íntimos, la psicoterapia supone la intervención en el contexto de una relación profesional —una relación buscada por el cliente o sus tutores—. En algunos casos, la terapia se emprende para solucionar un problema o mejorar la capacidad del individuo para enfrentar comportamientos, sentimientos o pensamientos existentes que son debilitantes. En otros, el foco de atención puede estar más en la prevención de problemas que en remediar una condición existente. En otros casos más, el interés está menos en solucionar o prevenir problemas que en incrementar la capacidad de la persona para disfrutar de la vida o lograr algún potencial latente.

A lo largo de los años se han ofrecido muchas definiciones del proceso de intervención. La mitad de las veces, los términos *intervención* y *psicoterapia* se han utilizado de manera intercambiable. Wolberg (1967) ofreció una definición general bastante típica de psicoterapia hace años:

> Es una forma de tratamiento para problemas de naturaleza emocional en que una persona capacitada establece de manera deliberada una relación profesional con un paciente con objeto de eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, de mediar patrones de comportamiento perturbados y de promover el crecimiento y desarrollo de la personalidad positiva. (p. 3)

La definición de Wolberg incluye palabras como *síntomas* y *tratamiento*, y su subsiguiente explicación de la definición le da un sabor médico distintivo. Pero, en general, la definición no es muy diferente de la ofrecida por un clínico con una orientación más psicológica (Rotter, 1971a, p. 79): "psicoterapia... es la actividad planeada del psicólogo, cuyo propósito es lograr cambios en el individuo que hacen su [sic] adaptación a la vida potencialmente más feliz, más constructiva, o ambos". J. D. Frank (1982) explica este tema general como sigue:

> La psicoterapia es una interacción confiada, planeada y emocionalmente cargada entre un psicoterapeuta capacitado aprobado por la sociedad y un enfermo. Durante esta interacción el psicoterapeuta busca aliviar la angustia e incapacidad del enfermo por medio de comunicaciones simbólicas, sobre todo palabras, pero también en ocasiones actividades corporales. El psicoterapeuta puede hacer intervenir o no a los parientes del paciente y a otros en los rituales de curación. La psicoterapia también incluye a menudo ayudar al paciente a aceptar y soportar el sufrimiento como un aspecto inevitable de la vida que puede utilizarse como una oportunidad para el crecimiento personal. (p. 10)

Por supuesto, tales definiciones son bastante amplias. Los profesionales de enfoques específicos como el psicoanálisis, la terapia racional emotiva, el consejo centrado en el cliente, la terapia cognoscitiva, la terapia de la gestalt y otras formas de tratamiento psicológico, harían notar que tales definiciones difícilmente transmiten la esencia de su "marca" única de terapia.

¿La psicoterapia ayuda?

Antes de describir con más detalle las metas y características de la psicoterapia, necesita abordarse una cuestión general. ¿La psicoterapia funciona?

Tanto sus defensores (por ejemplo, Lambert y Bergin, 1994) como sus críticos (por ejemplo, Dawes, 1994) están de acuerdo en que la evidencia empírica apoya la eficacia de la psicoterapia. Por supuesto, esto no significa que todos se beneficien de ella. Bastantes individuos, en promedio, que buscan y reciben psicoterapia logran algún grado de alivio. Por ejemplo, una revisión metaanalítica citada con frecuencia de más de 475 estudios de resultados de psicoterapia reportó que la persona *promedio* que recibe tratamiento psicológico funciona mejor que 80% de los que no lo recibieron (Smith, Glass y Miller, 1980). Expondremos este estudio y otras revisiones de resultados de psicoterapia en una sección posterior que se centra en los métodos de investigación de la psicoterapia.

En este punto, merece mención una encuesta reciente a gran escala sobre los beneficios de la psicoterapia. El número de noviembre de 1995 de *Consumer Reports* ("Mental Health", 1995) resumió los resultados de una encuesta de 4 000 lectores que habían buscado tratamiento para un problema psicológico de un profesional de la salud mental, doctor familiar o grupo de autoayuda durante 1991-1994. La mayoría de los que respondieron tenía buena educación, su edad media era de 46 años y alrededor de la mitad eran mujeres. De esta muestra, 43% describió su estado emocional en el momento en que buscaron el tratamiento como "muy malo" ("Apenas me las arreglaba para enfrentar las cosas") o "bastante malo" ("La vida por lo general era bastante dura"). Los 4 000 que respondieron se presentaron a tratamiento para una amplia gama de problemas, incluyendo depresión, ansiedad, pánico, fobias, problemas matrimoniales o sexuales, problemas con el alcohol o las drogas y problemas con los hijos. Los principales hallazgos fueron los siguientes:

1. La psicoterapia dio como resultado alguna mejoría para la mayoría de quienes respondieron. Aquellos que se sentían peor antes de que comenzara el tratamiento reportaron la mayor mejora.
2. En cuanto a cuáles tipos de profesionales de la salud mental fueron más útiles, los psiquiatras, los psicólogos y los trabajadores sociales recibieron marcas altas. Todos parecieron ser igual de efectivos incluso después de controlar la gravedad y el tipo de problema psicológico.
3. Los encuestados que recibieron sólo psicoterapia mejoraron tanto como quienes recibieron psicoterapia más medicación como parte de su tratamiento.
4. En esta encuesta, el tratamiento más largo (más sesiones) se relacionó con más mejora.

Estos resultados son interesantes y estimulantes. Pero esta encuesta está limitada en varios aspectos, por lo que debemos ser cautelosos en nuestras generalizaciones. Por ejemplo, pocos de los que respondieron reportaron psicopatología grave (como esquizofrenia) y los reportes fueron retrospectivos y basados sólo en informes personales de los clientes. Además, el porcentaje de encuestados que devolvieron la encuesta contestada fue relativamente bajo, lo cual plantea la posibilidad de una muestra poco representativa. Además, quizá los lectores de esta publicación no sean representativos de la población general de Estados Unidos. A pesar de estas limitaciones, la encuesta de *Consumer Reports* proporciona algún apoyo para la opinión de que la psicoterapia funciona. Además, representa el estudio más grande hasta la fecha que ha evaluado "la efectividad de la psicoterapia como se lleva a cabo en realidad en el campo con la población que la busca, y es el estudio más extenso y meticuloso que ha realizado esto" (Seligman, 1995, p. 971).

¿Qué problemas son sensibles al cambio?

¿Todas las inquietudes, preocupaciones, comportamientos problemáticos y síntomas psicopatológicos responden a las intervenciones psicológicas? Es probable que no. A pesar de la proliferación de antídotos de psicología popular y afirmaciones casi charlatanas en contrario, parece que algunas condiciones que presentan los clientes son difíciles de cambiar, mientras que otras son bastante sensibles al cambio. En una guía intrigante de automejoramiento, Seligman (1994) revisó la investigación empírica sobre el tratamiento de una amplia variedad de "problemas" a fin de compilar una lista de "qué puede cambiarse y qué no puede cambiarse". La tabla 11-1 resume algunos de sus hallazgos.

¿Por qué algunos problemas son sensibles al cambio mientras que otros no? Seligman (1994)

TABLA 11-1 ¿Qué puede cambiar y qué no puede cambiar?

Problema o condición	*Variabilidad*
Trastorno de pánico	Curable
Fobias específicas	Casi curables
Disfunciones sexuales	Posible alivio marcado
Fobia social	Posible alivio moderado
Agorafobia	Posible alivio moderado
Depresión	Posible alivio moderado
Trastorno obsesivo-compulsivo	Posible alivio moderado o ligero
Ira	Posible alivio ligero o moderado
Ansiedad cotidiana	Posible alivio ligero o moderado
Alcoholismo	Posible alivio ligero
Sobrepeso	Sólo cambio temporal
Trastorno de estrés postraumático	Sólo alivio marginal

Fuente: adaptado de Seligman (1994). Utilizado con autorización.

invoca el concepto de *profundidad de un problema* para explicar la "mutabilidad" de una variedad de condiciones o comportamientos. El nivel de profundidad de un problema depende de si está determinado en forma innata o biológica, si es difícil de desmentir la creencia subyacente en él y si la creencia tras el problema es "poderosa" en el sentido de que es relativamente general y puede explicar muchos de los hechos del mundo. Por ejemplo, es probable que la transexualidad sea inmutable ("profunda"), debido a que "es impuesta biológicamente durante la gestación. Casi no se puede contradecir y se extiende por toda la vida" (Seligman, 1994, p. 247). Por otra parte, una fobia específica a las arañas no es "profunda", ya que las fobias a las arañas *per se* no son heredadas, pueden desconfirmarse y la creencia subyacente (las arañas son peligrosas) no es poderosa debido a que sólo explica a las arañas.

La revisión, análisis y teoría de Seligman (1994) ayudan a dar algún sentido a por qué ciertos problemas psicológicos parecen un tanto intratables mientras otros pueden aliviarse con el tratamiento apropiado. Otra característica atractiva de este libro es la evaluación crítica con base empírica de Seligman de varios tratamientos populares para trastornos específicos. Regresaremos a esto en capítulos posteriores.

Características comunes a muchas terapias

La aparente diversidad entre las psicoterapias en ocasiones puede conducirnos a pasar por alto sus marcadas semejanzas. Una razón es que el suministrador de un nuevo género de psicoterapia debe enfatizar las características especiales del nuevo enfoque. Sería poco probable que poner de manifiesto una pequeña variación de un tema terapéutico antiguo captara el interés de alguien. Pero la mayor parte de las psicoterapias tienen mucho en común; una comunidad que en muchos aspectos sobrepasa a la diversidad.

Se ha identificado cientos de "géneros" de psicoterapia. Algunas son efectivas, mientras que es probable que otras no lo sean. Por desgracia, no todas estas formas de intervención psicológica han sido sometidas a un escrutinio empírico. De aquellas que han recibido atención por parte de la

PERFIL 11-1

Martin E. P. Seligman, Ph. D.



Martin E.P. Seligman fue distinguido con la condecoración Profesor de psicología Fox Leadership en la Universidad de Pennsylvania. Es una autoridad destacada en desamparo aprendido, estilo explicatorio y optimismo y pesimismo. Ha publicado 15 libros y más de 150 artículos eruditos sobre motivación y personalidad. Durante los últimos 30 años de su carrera de investigador, ha recibido apoyo del Instituto Nacional de Salud Mental, el Instituto Nacional de la Senectud, la Fundación Nacional de la Ciencia, la Fundación Guggenheim y la Fundación MacArthur; en 1991, ganó el codiciado Premio al Mérito del Instituto Nacional de Salud Mental. Sus colegas han reconocido sus logros otorgándole galardones como el Premio Zubin de la Sociedad para la Investigación en Psicopatología, el Premio William James Fellow de la Sociedad Psicológica Estadounidense y dos Premios a la Contribución Científica Distinguida de la Asociación Psicológica Estadounidense. El doctor Seligman fungió hasta fecha reciente como presidente de la Asociación Psicológica Estadounidense.

El tema central del trabajo del doctor Seligman ha sido reconocer nuestro estilo explicatorio, lo que nos decimos cuando experimentamos contratiempos, y cómo influye en nuestras vidas. Ha identificado técnicas efectivas para transformar pensamientos negativos y desaprender el desamparo y para sobreponerse al pesimismo y la depresión que pueden acompañar a estos pensamientos negativos. Con años de investigación detrás de él, ha demostrado cómo podemos estimular nuestros estados de ánimo, y sistemas inmunológicos, con pensamientos saludables. En *What You Can Change and What You Can't* (Seligman, 1994), resalta cuáles técnicas y terapias funcionarán mejor para efectuar el cambio, y también identifica qué condiciones deberíamos dejar de intentar cambiar. Su libro más reciente, *The Optimistic Child* (Seligman, Reivich, Jaycox y Gillham, 1995), presenta investigaciones que él y sus colegas han realizado para mostrar la forma en que puede prevenirse la depresión en los niños. Proponen un programa que pueden utilizar padres y educadores para identificar las señales de peligro de pesimismo en niños y enseñarles las habilidades para pensar en forma optimista.

investigación, sólo hay evidencia limitada de que un enfoque o técnica sea más efectivo que otros. Como señalan Lambert y Bergin (1994), una implicación de equivalencia terapéutica es que los cambios positivos efectuados por el tratamiento psicológico pueden deberse a un conjunto de *factores comunes* que cruzan varias fronteras teóricas y terapéuticas. Lambert y Bergin (1994) proporcionan una lista de factores comunes clasificados en categorías de acuerdo con un proceso secuencial que creen asociado con un resultado positivo.

En forma breve, proponen que los *factores de apoyo* (por ejemplo, relación positiva, confianza) establecen los fundamentos para los cambios en las creencias y actitudes de los clientes (*factores de aprendizaje;* por ejemplo, aprendizaje cognitivo, insight), lo cual conduce al cambio conductual (*factores de acción;* por ejemplo, dominio, correr riesgos). Aunque una exposición detallada de cada uno de los factores comunes, como los que se enlistan en la tabla 11-2, está fuera del alcance de este libro, puede ser instructivo exponer algunos en forma

TABLA 11-2 Factores comunes de la psicoterapia asociados con el resultado posible

Factores de apoyo	*Factores de aprendizaje*	*Factores de acción*
Catarsis	Consejo	Regulación conductual
Identificación con el terapeuta	Experiencia afectiva	Dominio cognoscitivo
Mitigación del aislamiento	Asimilación de experiencias problemáticas	Aliento para enfrentar los temores
Relación positiva	Cambiar las expectativas para la efectividad personal	Esfuerzos de dominio
Tranquilidad	Aprendizaje cognitivo	Modelamiento
Liberación de la tensión	Experiencia emocional correctiva	Práctica
Estructura	Exploración del marco de referencia interno	Prueba de la realidad
Alianza terapéutica	Retroalimentación	Experiencia del éxito
Participación activa del terapeuta y el cliente	Insight	Correr riesgos
Experiencia del terapeuta	Fundamento	Abrirse paso
Afecto, respeto, empatía, aceptación, autenticidad del terapeuta		
Confianza		

Fuente: Lambert y Bergin (1994).

Función de experto. Se supone que el terapeuta aporta a la situación de terapia algo más que aceptación, afecto, respeto e interés. Estas cualidades personales no son suficientes para la certificación como psicólogo clínico. La sabiduría convencional parece sugerir que todo lo que uno necesita a fin de conducir una psicoterapia es un interés incansable en los demás. De hecho, esto no es suficiente.

En todas las formas de psicoterapia, los pacientes tienen el derecho a esperar ver no sólo a un ser humano afectuoso, sino también a uno competente. La competencia sólo puede venir de un periodo de capacitación largo y arduo. Algunos pueden responder con rapidez que adoptar una *función de experto* introduce un elemento autoritario en la relación —esto es, que paciente y terapeuta no son iguales— y por tanto destruye el respeto mutuo que debería existir entre ellos. Sin embargo, la comprensión y aceptación mutua de las funciones diferentes que se desempeñarán parecerían bastar para garantizar el mantenimiento del respeto mutuo. Los terapeutas, por supuesto, no son mejores que los pacientes, y no pueden apelar a consideración superior alguna en el esquema cósmico de las cosas. Sin embargo, esta clase de igualdad no necesita negar la importancia de la capacitación, el conocimiento y la experiencia que les asistirán en sus esfuerzos por resolver los problemas de los pacientes.

Liberación de emociones o catarsis. Algunos han afirmado que la psicoterapia sin ira, ansiedad o lágrimas no es psicoterapia en absoluto. La psicoterapia es una experiencia emocional. La convicción de la mayoría de los psicoterapeutas es tan fuerte en este punto que cuestionarían en forma seria si se está beneficiando en realidad un paciente que, sesión tras sesión, mantiene un comportamiento calmado, frío, indiferente o intelectual. Los problemas que trae una persona a la psicoterapia son importantes. En consecuencia, es probable que tengan antecedentes importantes.

La liberación de emociones, o *catarsis* como se denomina en ocasiones, es una parte vital de la mayor parte de las psicoterapias. Su profundi-

dad e intensidad variará, dependiendo de la naturaleza y gravedad del problema y de la etapa particular de la terapia. Pero el psicoterapeuta debe estar preparado para tratar la expresión emocional y usarla a fin de producir el cambio. Aunque de seguro algunas formas de psicoterapia se basan más en la expresión emocional que otras, es probable que un nuevo género de terapia sea criticado si parece desatender esta faceta importante. Por otra parte, es claro que hay algunas formas de psicoterapia (como el manejo de la ira) en que no es probable que la catarsis sea una meta deseable. En estos casos, la meta puede ser obtener un mejor control sobre la expresión de las emociones de uno.

Relación o alianza terapéutica. Para algunos, la naturaleza de la relación o *alianza terapéutica* entre paciente y terapeuta es el elemento individual más responsable del éxito de la psicoterapia. Aunque no todos los terapeutas elevarían la relación a la categoría de agente "curativo" principal, casi todos darían testimonio de la importancia única de la relación. ¿En qué otra parte pueden encontrar los pacientes una atmósfera de aceptación y sin juicios en la cual puedan discutir sus impulsos, secretos y decepciones más profundas? Las discusiones de esta clase con un amigo o un pariente siempre parecen contener un aura implícita de evaluación y a menudo conducen a complicaciones imprevistas, ya que la otra persona tiene intereses personales en los asuntos planteados. Los amigos pueden sentirse amenazados con facilidad por tales discusiones, debido a que su contenido tiene el potencial de trastornar la base para la relación. ¿Un esposo puede discutir sus ansiedades de dependencia con su esposa, cuya percepción de su función puede ser perturbada por tales revelaciones? ¿Un hijo puede revelar su temor al fracaso a un padre que se ha jactado de los logros de su hijo? ¿Una hija puede decir a su madre que desea abandonar su papel de ama de casa para estudiar una carrera sin que parezca cuestionar los valores maternos?

En la psicoterapia, todo esto es posible. El terapeuta efectivo es alguien que puede ser aceptante, no juzgador, objetivo, perspicaz y profesional al mismo tiempo. Estos adjetivos pródigos apenas corresponden a todos los terapeutas todo el tiempo. No obstante, es probable que la capacidad general de estos profesionales para rebasar sus necesidades personales y responder con habilidad profesional en una atmósfera de confidencialidad, comprensión y afecto sin emitir juicios, sea una razón importante para el éxito y persistencia de la psicoterapia en nuestra sociedad.

Reducción de la ansiedad o liberación de la tensión. Al principio, es importante que la ansiedad que acompaña a los problemas del paciente en la vida se reduzca lo suficiente para permitir el examen de los factores causantes de los problemas. Las condiciones esenciales de la psicoterapia, incluyendo la naturaleza de la relación, las calificaciones del terapeuta, la confidencialidad y la intimidad, se combinan para proporcionar una tranquilidad y una sensación de seguridad que puede disminuir la ansiedad del paciente y permitirle contemplar sus experiencias en forma sistemática.

En casos en que el nivel de ansiedad es alto en extremo, algunos pacientes pueden requerir, por consejo médico, medicamentos ansiolíticos para ayudarlos a enfrentar la situación. Sin embargo, es importante considerar tales medicamentos como una herramienta temporal, no como una solución permanente. Algunos clientes pueden experimentar efectos secundarios por los fármacos y éstos pueden interferir con algunas formas de tratamiento psicológico (como las terapias basadas en la exposición), donde la meta es incrementar los niveles de ansiedad frente a ciertos estímulos a fin de que ocurra la habituación. Tenemos más que decir sobre estos tratamientos por exposición en el capítulo 14.

Interpretación o insight. Muchos no profesionales ven en forma errónea a la psicoterapia como un proceso bastante sencillo en que una persona presenta un problema, el terapeuta le pide que describa sus experiencias infantiles, luego ofrece una serie de interpretaciones respecto al significado real de esas experiencias infantiles y la persona llega a un *insight*. Con la fuerza explosiva y súbita de la revelación, este insight da en el blanco. Sigue un periodo breve de asombro, conforme el problema desaparece como nieve que se funde. En conclusión, el paciente sale del consultorio, enmarcado por la luz del sol poniente, seguro de

que ha alcanzado el alivio y una alegría permanente. Éste, por supuesto, es el escenario de una mala película o de las fantasías de un terapeuta principiante.

Sin embargo, hay un elemento de realidad en el escenario anterior. Una banda amplia de psicoterapias da importancia a las experiencias infantiles de los pacientes, aunque varían en el grado de importancia que les dan, la cantidad de información relacionada que buscan y su opinión de los efectos generados por las experiencias. Del mismo modo, la *interpretación* es un componente muy común de la psicoterapia. Pero, una vez más, la extensión de su uso, las clases y la oportunidad de las interpretaciones y la importancia que se les atribuye variarán según el enfoque psicoterapéutico. Pero, sin tener en cuenta la terminología, un elemento importante en muchas formas de psicoterapia es el intento de hacer que el paciente vea la experiencia pasada bajo una luz diferente.

La importancia concedida al insight se ha erosionado a lo largo de los años. Una vez se consideró ingenuamente que el insight sobre la naturaleza y origen de los problemas impulsaría de alguna forma automática al paciente hacia un nivel superior de adaptación. La mayoría de los psicoterapeutas ya no se apega a esta creencia simple. El insight aún se considera importante, pero se reconoce que el cambio conductual significativo puede lograrse por otros medios. El insight puede verse como un facilitador del crecimiento y la mejora psicológica, pero no como algo que por sí solo producirá tales cambios. En efecto, esperar que el insight lo libere a uno de los problemas puede ser una táctica dilatoria utilizada por algunos pacientes para evitar responsabilizarse de iniciar los cambios en sus vidas.

Formación de competencia o dominio. En cierto sentido, una meta de la mayor parte de las terapias es que el cliente sea un ser humano más competente y efectivo. Todas las características anteriores de la psicoterapia facilitarán la consecución de una mayor efectividad y satisfacción. Pero más allá de elementos como la relación terapéutica y la reducción de la ansiedad, algunas formas de terapia tienen otras características que también son aplicables aquí. Por ejemplo, la terapia puede ser un escenario en que el cliente aprende cosas nuevas y corrige formas fallidas de pensar. A veces, algunas modalidades terapéuticas adoptarán insinuaciones de enseñanza distintas. Pueden darse "cursos prácticos" al paciente sobre maneras más efectivas de encontrar un trabajo o información sexual para ayudar a aliviar dificultades sexuales pasadas y promover una mejor adaptación sexual en el futuro. La terapia, entonces, puede ser más que sólo exorcizar demonios psicológicos del pasado; también puede ser una experiencia de aprendizaje en el sentido directo de la palabra. Bandura (1989) ha enfatizado la importancia de los sentimientos de eficacia de uno mismo para promover un nivel de desempeño superior en el individuo. En resumen, las personas que experimentan una sensación de *dominio*, que se sienten seguras, que esperan hacerlo bien o que tan sólo se sienten bien respecto a sí mismas, tienen mayor probabilidad de funcionar con eficiencia.

Factores inespecíficos. Ya sea que se llamen fe, esperanza o expectativas de incremento de la competencia, la terapia exitosa tiende a asociarse con estos *factores inespecíficos* (Kazdin, 1979). Numerosos factores pueden conspirar para promover tales expectativas. Antes que nada, a menudo hay una mística de la terapia, al menos a los ojos del público en general. Los pacientes a menudo acuden a la terapia esperando participar en un proceso casi garantizado para promover la salud mental. Los terapeutas a menudo alientan tales creencias, sabiendo bastante bien que un cliente creyente y motivado tiene mayor probabilidad de mostrar progreso que uno cínico y recalcitrante. Por último, casi todo terapeuta está comprometido con una teoría de cambio terapéutico. Ya sea que se trate de una teoría operante, una teoría del inconsciente o una creencia en el potencial de crecimiento, su presencia ubicua en las explicaciones del terapeuta sobre la forma en que funciona la terapia pueden encender una confianza que puede ayudar a aliviar los sentimientos anteriores de desesperación del cliente. Aunque se puede decir que la terapia exitosa se ha caracterizado casi siempre por reavivar la esperanza, fe y moral del paciente (J. D. Frank, 1973), parece poco probable que la terapia pueda reducirse a algo a lo que se hace referencia con desprecio como un efecto

placebo. Las expectativas del cliente ayudan a hacer aún más efectivas las técnicas específicas aplicadas en la terapia. Los éxitos de tales técnicas actúan luego para incrementar más las expectativas del cliente.

En su descripción de la psicoterapia, Frank (1982) señala que la terapia entraña un fundamento, esquema conceptual o mito que ofrece una explicación plausible para las dificultades del paciente y prescribe un ritual para restablecer el equilibrio. Tales explicaciones y rituales pueden proporcionar al paciente, como lo señala Frank, una razón que salva las apariencias para abandonar un síntoma cuando esté listo para hacerlo. Dejar de quejarse o abandonar un síntoma querido sin una buena razón significaría que era trivial. Así, como quiera que lo llamemos, factor inespecífico, efecto placebo o fe, se vuelve un elemento importante en el proceso de terapia.

Naturaleza de las variables terapéuticas específicas

Sería agradable si la psicoterapia fuera una rutina simple en que el terapeuta hace un diagnóstico, lo comunica al paciente, le da una conferencia o dos y presto, el paciente está curado. Por desgracia, las cosas no funcionan así. En efecto, a menudo es necesario pasar un tiempo considerable corrigiendo las expectativas de los pacientes de que se les dará una simple prescripción psicológica. Debido a que la psicoterapia es un proceso dinámico activo, la pasividad y la falta de motivación pueden ser obstáculos. Diversos factores que abarcan la naturaleza del paciente, el terapeuta y la interacción entre ambos afectan el proceso de la terapia en forma importante. A menudo sus efectos se sienten por encima del modo específico de terapia empleado.

El paciente o cliente

¿Hay características específicas o generales del paciente que influyen en los resultados de la terapia? Esta pregunta engañosamente simple en realidad no tiene otra respuesta además de "depende". La razón es que los resultados de la terapia son hechos en extremo complejos que no son moldeados sólo por las características del paciente; también los determinan las cualidades y habilidades del terapeuta, las clases de procedimientos terapéuticos empleados, las circunstancias y ambiente de los pacientes y aspectos similares. Al final, el campo tendrá que especificar cuáles clases de pacientes se benefician de cuáles procedimientos, en qué circunstancias y por cuáles terapeutas (Kiesler, 1966; Paul, 1967).

Con la anterior advertencia firmemente en mente, podemos proceder a exponer algunas de las variables del paciente más prominentes que se han relacionado con los resultados en terapias tradicionales.

Grado de aflicción del paciente. Una generalización amplia realizada a menudo por los clínicos es que las personas que necesitan menos la terapia son las que recibirán el mayor beneficio de ella. Una versión más compleja de esta relación se refleja en la distinción que hacen Truax y Carkhuff (1967) entre los sentimientos de perturbación de los pacientes y su perturbación conductual manifiesta. Esta distinción denota para muchos clínicos que puede esperarse un buen pronóstico para un paciente que sufre aflicción o ansiedad pero funciona bien desde el punto de vista conductual.

En el mejor de los casos, los datos de investigación son contradictorios e inconsistentes (lo cual, una vez más, es probable que refleje la imposibilidad de llegar a una conclusión simple sin considerar muchos otros factores). Por ejemplo, en un grupo de estudios se encontró que una aflicción inicial mayor se asoció con mayor mejora (por ejemplo, Stone, Frank, Nash e Imber, 1961). Otro grupo de estudios (por ejemplo, Barron, 1953) halla lo opuesto. Para complicar más el asunto, Miller y Gross (1973) sostienen que la relación entre la mejora y la perturbación inicial es curvilínea; es decir, los pacientes con perturbación escasa o extrema muestran peores resultados que los pacientes perturbados en forma moderada. Al resumir la investigación en esta área, Garfield (1994) concluye que aunque los hallazgos mixtos a lo largo de los estudios templan el grado de confianza que tiene uno en las conclusiones generales, estudios más recientes parecen encontrar con alguna consistencia que los individuos con perturbaciones más graves tienen peores resultados.

Inteligencia. En general, la psicoterapia requiere un nivel razonable de inteligencia (Garfield, 1994). Esto no significa que las personas que padecen de retardo mental no se beneficien, en ciertas condiciones, del consejo o de la oportunidad de hablar sobre sus dificultades. No obstante, en igualdad de otros aspectos, los individuos más brillantes parecen más capaces de manejar las demandas de la psicoterapia.

Esto se debe a varias razones. Primera, la psicoterapia es un proceso verbal que precisa que los pacientes articulen sus problemas, que los expresen en palabras. Segunda, requiere que los pacientes establezcan conexiones entre sucesos. Ellos deben tener la capacidad de ver relaciones entre sucesos anteriores y problemas actuales y, a final de cuentas, deben ser capaces de conectar sus sentimientos actuales con una variedad de acontecimientos cuya relación con esos sentimientos puede parecer improbable al principio. Por último, para permitir que se hagan conexiones entre circunstancias, la psicoterapia necesita un grado de introspección. En vista de que la psicoterapia tradicional siempre ha enfatizado los determinantes internos del comportamiento, resulta que un paciente que encuentra difícil ver hacia adentro puede tener problemas para ajustarse al proceso.

Sin embargo, a menudo se han utilizado formas conductuales de terapia con éxito considerable en individuos que padecen de limitaciones cognoscitivas. Es bastante factible una variedad de enfoques de modificación del comportamiento, en especial cuando las metas suponen cambios conductuales específicos, en lugar de insight. En tales poblaciones, pueden desarrollarse capacidades sociales mejoradas, habilidades de cuidado personal y otras habilidades enfocándose en el comportamiento y no en las cogniciones. Como una generalización, cuando las deficiencias conductuales son el problema, con frecuencia las técnicas conductuales son las preferidas.

Edad. En igualdad de circunstancias, los pacientes más jóvenes han sido considerados desde hace mucho los mejores candidatos para la terapia. Se supone que son más flexibles o tienen menos "costumbres arraigadas". Tal vez son más capaces de establecer las conexiones apropiadas porque están más cerca de sus años infantiles, o quizá han sido reforzados por comportamientos negativos con menos frecuencia que sus contrapartes mayores. En cualquier caso, la idea de que las personas más jóvenes resultan mejor en la terapia es bastante frecuente entre los clínicos. Sin embargo, la evidencia de la investigación que apoya la afirmación de que los clientes mayores tienen un pronóstico más malo es débil en el mejor de los casos (Smith y cols., 1980; Garfield, 1994).

Es mejor no sólo considerar la edad, sino más bien las características del prospecto de paciente. A menudo sucede que un individuo de 55 años es una persona activa, abierta e introspectiva que puede beneficiarse de la terapia. En resumen, ¡negar la terapia a un anciano puede interpretarse en algunos casos como una forma de prejuicio contra los viejos! La investigación apoya la eficacia de varias formas de tratamiento cognitivo conductual y psicodinámico con adultos mayores (Gallagher-Thompson y Thompson, 1995; Scogin y McElreath, 1994).

Motivación. En ocasiones la psicoterapia es un proceso prolongado. Demanda mucho de un paciente. Puede estar cargado de ansiedad, contratiempos y periodos de una aparente falta de progreso. Para que la psicoterapia tenga éxito, obligará al paciente a examinar los rincones de la mente que han permanecido sin escrutinio durante mucho tiempo. Puede demandarle que emplee comportamientos nuevos que provocarán ansiedad. Como se señaló antes, la psicoterapia no es un proceso pasivo en que se transmiten insights al paciente. En lugar de ello, éste debe buscar sus insights en forma activa y la búsqueda no es fácil. Por estas y otras razones, la psicoterapia exitosa parece requerir motivación.

En algún nivel, el paciente debe desear la psicoterapia (aunque hay momentos durante ésta en que incluso sujetos muy motivados desean dejarla). Resulta, entonces, que la psicoterapia es un proceso voluntario. Uno no puede ser obligado a ella. Cuando las personas son forzadas, ya sea en forma abierta o sutil, a ser pacientes, rara vez se benefician de la experiencia. No es probable que la terapia sea de mucho beneficio para el prisionero que la busca para impresionar a un comité de libertad bajo palabra; para el estudiante universitario que, después de enfrentar un cargo por uso de mariguana, se le da la opción de acudir a un centro de consejo o enfrentar el prospecto de ir a prisión; o para la persona que se somete a terapia para proteger una demanda de seguros.

A pesar de la sabiduría convencional que cita la motivación del cliente como una condición necesaria para el cambio positivo, el apoyo de la investigación es variado (Garfield, 1994). Un problema metodológico se refiere a cómo evaluar mejor la motivación del cliente. Los estudios varían en forma amplia en la manera de intentar medir la motivación. Por ejemplo, Yoken y Berman (1987) utilizaron el pago por servicios del cliente como índice de su motivación. Hallaron poca diferencia en el resultado entre los clientes que pagaron los honorarios normales por los servicios y aquellos que dejaron de pagar. Yoken y Berman (1987) concluyeron que la motivación parece no relacionarse con el resultado. Ahora bien, la falta de hallazgos definitivos puede reflejar tan sólo la dificultad que han experimentado los investigadores para definir y medir la motivación del cliente.

Apertura. La mayoría de los terapeutas vincula de manera intuitiva un mejor pronóstico con los pacientes que parecen mostrar algún respeto y optimismo acerca de la utilidad de la psicoterapia. Se ven aliviados cuando los pacientes están dispuestos a ver sus problemas en términos psicológicos en lugar de médicos. Se les puede "enseñar a ser buenos pacientes de psicoterapia" más fácil que a quienes ven sus dificultades como síntomas que puede curar un terapeuta omnisciente y autoritario, mientras ellos esperan en forma pasiva el resultado. Por tanto, una especie de "apertura" al proceso terapéutico (Strupp y Bergin, 1969) parece hacer que el paciente sea mejor apuesta para la terapia.

Género. En el clima actual, hay varias cuestiones prominentes relacionadas con el género. Una es la relación entre el resultado de la terapia y el género del paciente. La investigación no apoya la opinión de que el sexo biológico del cliente se relacione de manera significativa con el resultado en la psicoterapia (Garfield, 1994).

Una segunda cuestión, más volátil, es si el sexismo opera en la terapia y si, por ejemplo, los terapeutas varones explotan a las pacientes mujeres. Stricker (1977) sugiere que este asunto a menudo sirve como plataforma para extremistas de ambos lados: aquellos en el extremo feminista del espectro afirman la explotación y los hombres chovinistas niegan que exista. La investigación de la cuestión de si los terapeutas y consejeros son culpables de *prejuicio de género* y estereotipamiento es muy inconsistente (Barak y Fisher, 1989). No obstante, muchos están seguros al sugerir que los psicólogos clínicos harían un mejor trabajo al educar a los estudiantes clínicos respecto de las cuestiones de género (por ejemplo, Gilbert, 1987). Good, Gilbert y Scher (1990) incluso han recomendado un tipo de psicoterapia llamada Terapia de conciencia de género (*Gender Aware Therapy; GAT*). La GAT integra psicoterapia feminista y conocimiento de género en un enfoque de tratamiento tanto para hombres como para mujeres. Este enfoque, el cual se centra en la exploración de experiencias únicas relacionadas con el género, puede ser apropiada para una variedad de cuestiones que enfrentan mujeres (como el desarrollo de una carrera y trastornos de la alimentación) y hombres (como depresión y disfunción sexual). Por último, aunque el sexo del cliente no ha sido vinculado de manera confiable con el resultado, es probable que sea cierto que pueda ser importante considerar el género del terapeuta en ciertos casos. Por ejemplo, las mujeres víctimas de violación pueden sentirse mucho más cómodas hablando con psicoterapeutas mujeres que con hombres.

Terapia feminista. Durante muchos años, la terapia fue una empresa dominada por hombres. Los problemas especiales que enfrentan las mujeres fueron mal abordados y mal comprendidos por los terapeutas varones. Se necesitaban nuevos modelos de tratamiento para tratar los trastornos frecuentes entre las mujeres (Hare-Mustin, 1983). Lo que se necesitaba, sentían muchos, era una *terapia feminista*, una terapia que reconocería la manera en que las mujeres han sido oprimidas por la sociedad a lo largo de las épocas (Ballou y Gabalac, 1985; Rosewater y Walker, 1985).

La terapia feminista surgió del movimiento de las mujeres y ha sido bastante visible desde principios de los 70. Reconoce que muchos de los problemas personales de las mujeres surgen de la posición social que se les obliga a adoptar. Señala el fracaso de la clase dirigente psiquiátrica y psicológica para ver la opresión de las mujeres

como un factor primordial en su desarrollo de aflicción personal. El enfoque feminista ve la relación entre el terapeuta y el paciente en términos de igualdad, no de poder frente a subordinación. Las feministas, en resumen, no aceptan gustosas el "poder de la experiencia". Esta forma de terapia también requiere una admisión franca de los valores del terapeuta y el cliente y el desarrollo de contratos específicos respecto del proceso de terapia en sí.

Los terapeutas feministas tienden a estar adaptados a los problemas emocionales que experimentan las mujeres: la ira y su expresión, el desamparo aprendido y la depresión, autonomía y dependencia, y sexualidad. También son importantes asuntos concretos como trabajo, finanzas y elecciones familiares. Son críticos en particular los problemas de libertad personal y elección y una disposición a considerar alternativas de vida que se apartan de las expectativas tradicionales de la función del sexo (Brody, 1987; Sturdivant, 1980).

Raza, etnia y clase social. Durante años, ha habido un debate apasionado sobre la efectividad de la terapia para los pacientes de minorías étnicas, en especial cuando el terapeuta es blanco. Parece que muchas técnicas terapéuticas están diseñadas y elaboradas para pacientes blancos de clase media y alta. Muy pocos procedimientos parecen tomar en cuenta los antecedentes culturales y expectativas particulares de los pacientes. Banks (1972) ha sugerido que puede darse mayor empatía y autoexploración cuando el terapeuta y el paciente son de la misma raza. Otros han llegado a la misma conclusión respecto de la clase social, antecedentes, valores y experiencia, y han propuesto que se abandonen las terapias convencionales a favor de técnicas de más apoyo. Aun así, al parecer dos décadas de investigación no han podido mostrar de manera concluyente que las minorías étnicas logran resultados de tratamiento diferenciales (Sue, 1988; Sue, Zane y Young, 1994).

Fue Schofield (1964) quien describió la creencia del psicoterapeuta en el paciente ideal como el síndrome JAVIE (joven, atractivo, verbal, inteligente y exitoso). Sin embargo, numerosas revisiones de la investigación existente han concluido que parece que casi no hay relación entre la clase social y el resultado (Garfield, 1994). Lo que no se ha examinado con gran detalle es si se debería igualar a pacientes y terapeutas de acuerdo con la clase social o si algunas formas de psicoterapia son más efectivas que otras para pacientes de niveles socioeconómicos inferiores.

Cuando hay una diferencia significativa entre la clase social o los valores del paciente y los del terapeuta, algunos investigadores han encontrado que puede mermarse la disposición de aquél para permanecer en la terapia (Pettit, Pettit y Welkowitz, 1974). Algunos (R. G. Hunt, 1960; Lorion, 1974; Magaro, 1969) también han sugerido que las formas tradicionales de terapia son inapropiadas para pacientes de niveles socioeconómicos inferiores. Otros (Orne y Wender, 1968; Terestman, Miller y Weber, 1974) sostienen que los esfuerzos especiales para formar una relación terapéutica pueden vencer las dificultades encontradas cuando el terapeuta y el paciente difieren en sus antecedentes. Heitler (1976) ha revisado no sólo las dificultades encontradas al ofrecer terapia tradicional a pacientes sencillos, sino también los métodos diseñados a fin de prepararlos para la llamada psicoterapia expresiva. Por ejemplo, Goldstein (1973) ha descrito una "psicoterapia para los pobres", en que adapta el lenguaje y los métodos de la psicoterapia para estos pacientes mientras utiliza mucho técnicas como el modelamiento, la representación de papeles y procedimientos conductuales relacionados.

No obstante, pocos estarían en desacuerdo en que la *sensibilidad cultural* de parte del terapeuta es muy importante. El campo necesita desarrollar servicios de salud mental sensibles a la cultura (Rogler, Malgady, Constantino y Blumenthal, 1987; Sue y cols., 1994). Los clínicos también necesitan desarrollar una especie de empatía cognoscitiva, o lo que Scott y Borodovsky (1990) han denominado adopción de papel cultural en su trabajo con minorías étnicas. En el análisis final, es imperativo que la psicología clínica desarrolle terapeutas con sensibilidad cultural que trabajen en forma efectiva con poblaciones de diversas culturas (Lopez y cols., 1989; Paniagua, 1998).

Reacciones de los terapeutas a los pacientes. En el mejor de todos los mundos, no haría ninguna di-

RECUADRO 11-1

Tema controvertido *Competencia cultural*

Cada vez más, los psicólogos clínicos proporcionan servicios a integrantes de grupos culturales que no son de raza blanca. Los clínicos deben considerar diversos factores cuando evalúan y tratan clientes de un grupo étnico o socioeconómico diferente del suyo. Paniagua (1998) proporciona diversos lineamientos y consideraciones generales:

1. *Aculturación.* Esto se refiere "al grado de integración de patrones culturales nuevos en los patrones culturales originales" (Paniagua, 1998, p. 8). La aculturación puede ser interna (por ejemplo, mudarse de una región de Estados Unidos a otra) o externa (mudarse a un nuevo país). Los clínicos pueden estimar el nivel de aculturación exhibido por un cliente administrando escalas breves que evalúan variables como preferencia de idioma, grupo racial preferido con el cual socializa y generación (Paniagua, 1998).
2. *Barreras idiomáticas.* Aunque es ideal evitar el uso de un traductor si es posible, en algunos casos es necesario. Paniagua (1998) sugiere que los traductores deberían compartir los orígenes culturales del cliente, tener una educación en salud mental, desarrollar alguna empatía con el cliente con anticipación y utilizar un modo de traducción secuencial (en lugar de simultánea). Deberá evitarse el uso de amigos, parientes e hijos bilingües como traductores; también deberá considerarse el nivel de aculturación del traductor.
3. *Sobrediagnóstico.* Los clínicos deben estar prevenidos para no ver en forma imprecisa comportamientos de miembros de grupos multiculturales como patológicos tan sólo porque son desconocidos o inusuales.
4. *Familia extendida.* Los clínicos deben basarse en la definición del cliente de familia extendida (la cual puede incluir miembros no biológicos) antes de enlistar a otros para ayudar en el tratamiento del cliente.
5. *Tipo de teoría.* Por lo general, afroamericanos, nativos americanos, hispanos y estadounidenses de ascendencia asiática prefieren terapias directiva, activa y estructurada. La terapia individual debe preceder a cualquier terapia familiar o matrimonial en los casos en que la aculturación parezca desempeñar una función importante en los problemas que presentan.
6. *Cantidad de datos recolectados.* Los clínicos deberán evitar recabar cantidades masivas de datos muy al principio de la evaluación o del proceso de tratamiento. Los miembros de grupos multiculturales pueden ver esto como una señal de incompetencia y desconocimiento total de sus respectivas culturas. Los datos deberán reunirse en forma gradual a lo largo de múltiples sesiones.
7. *Definición de "terapeuta".* Es importante entender la definición del cliente del término *terapeuta.* El concepto puede equipararse con "médico", "hechicero" o "curandero". Por consiguiente, puede ser necesario modificar las expectativas injustificadas.

ferencia si el paciente es una persona simpática que provoca respuestas positivas en los demás o no. Un terapeuta debería ser capaz de trabajar con efectividad elegante sin tener en cuenta sus reacciones positivas o negativas ante el paciente. Pero como vimos antes, están lejos de ser criaturas perfectas y las cualidades personales de otros los afectan. Por suerte, la comprensión y autocontrol de los terapeutas en sus relaciones profesionales con los pacientes exceden la comprensión y autocontrol de



Diversas variables influyen en el resultado de la psicoterapia, entre éstas, características del cliente, cualidades y habilidades del terapeuta, los problemas para los que se busca alivio y los procedimientos terapéuticos que se utilizan.
PhotoDisc.

muchos legos en sus relaciones sociales e interpersonales. No obstante, cierta evidencia sugiere que los pacientes que reciben estimaciones globales superiores de atractivo (por ejemplo, Nash y cols., 1965) o con quienes el terapeuta puede relacionarse mejor (por ejemplo, Isaacs y Haggard, 1966) tienden a tener mejores resultados en la terapia (Garfield, 1994). Además, al menos en un estudio, los terapeutas estuvieron menos inclinados a tratar a pacientes hipotéticos que no les agradaban en comparación con aquellos que les agradaban (Lehman y Salovey, 1990).

El terapeuta

Es difícil que nos conmocionemos al enterarnos de que ciertas características del terapeuta pueden afectar el proceso de terapia. Tener una orientación teórica o terapéutica específica no anula la función de la personalidad, el afecto o la sensibilidad. Freud reconoció muy pronto los efectos potenciales de la personalidad del psicoanalista en el proceso del psicoanálisis. Para "prevenir" que muchos factores personales afecten el proceso, recomendaba que los analistas se sometieran a análisis periódicos, de modo que pudieran aprender a reconocerlos y controlarlos. En cierto sentido, Rogers presentó el otro lado de la moneda e hizo de las cualidades del terapeuta —como la aceptación y el afecto— las piedras angulares de la terapia. Aunque Freud puede haber enfatizado lo negativo y Rogers lo positivo, ambos establecen el escenario para una comprensión de la función de variables del terapeuta en el proceso de terapia. Por desgracia, aunque casi todos están de acuerdo en que son importantes las variables del terapeuta, hay mucho menos acuerdo en los datos específicos. La forma en que las características del especialista contribuyen al resultado de la terapia se ha convertido en un área de investigación importante (Beutler, Machado y Neufeldt, 1994).

Sexo, edad y etnia. En una revisión amplia reciente de las características del terapeuta que pueden influir en el resultado de la psicoterapia, Beutler y colaboradores (1994) reportan que la evidencia de investiga-

ción disponible sugiere que la edad del mismo no se relaciona con el resultado, que las terapeutas mujeres frente a los hombres no parecen producir efectos terapéuticos significativamente mejores y que la semejanza entre paciente y terapeuta respecto de la etnia no necesariamente da mejores resultados. Beutler y sus colaboradores reconocen que estas conclusiones pueden ir en contra de las opiniones sociopolíticas prevalecientes. Al mismo tiempo, afirman que la investigación existente en esta área sufre de diversos problemas metodológicos. Estas variables del terapeuta pueden interactuar con características del cliente, el establecimiento y la modalidad de tratamiento. Una vez más, la solución parece ser que los terapeutas se vuelvan más sensibles a las cuestiones de edad, género e identidad racial en relación consigo mismos así como con el paciente.

Personalidad. Al exponer las variables del terapeuta, Strupp y Bergin (1969) plantearon dos puntos que vale la pena señalar. Primero, aun cuando la evidencia muestra que la personalidad del terapeuta es una fuerza potente, otros factores en combinación determinan en gran medida los resultados de la terapia. Segundo, se ha relegado la investigación en esta área conforme las terapias conductuales han ganado en popularidad. Sin embargo, a medida que los terapeutas del comportamiento atienden cada vez más factores distintos a las técnicas o mecánica, es probable que "redescubran" la importancia de las características del terapeuta y comiencen a integrar esas características en su investigación y práctica.

¿Hay un conjunto de rasgos de personalidad que debería poseer el terapeuta "ideal"? Krasner (1963), en forma irónica, sugirió que la literatura de investigación describiría al terapeuta ideal como

> maduro, bien adaptado, simpático, tolerante, paciente, amable, discreto, que no emite juicios, aceptante, permisivo, acrítico, afectuoso, agradable, interesado en los seres humanos, respetuoso, apreciable y ocupado en una clase democrática de relación interpersonal con todas las personas, libre de fanatismo racial y religioso, con una meta valiosa en la vida, amigable, alentador, optimista, fuerte, inteligente, sabio, curioso, creativo, artístico, con orientación científica, competente, digno de confianza, un modelo para el paciente, ingenioso, sensible emocionalmente, consciente de sí mismo, perspicaz respecto de sus problemas, espontáneo, con sentido del humor, con sentimiento de seguridad personal, maduro respecto al sexo, en desarrollo y maduro con las experiencias en la vida, con una gran tolerancia a la frustración, seguro de sí mismo, relajado, objetivo, analítico de sí mismo, consciente de sus prejuicios, no obsequioso, humilde, escéptico pero no pesimista o desaprobador de sí mismo... formal, consistente, abierto, honesto, franco, complejo desde el punto de vista técnico, dedicado desde el punto de vista profesional y encantador. (pp. 16-17)

De seguro ningún ser humano, ya no digamos un terapeuta, podría poseer todos estos rasgos (aun permitiendo la superposición en los términos). Por consiguiente, como señalan Goldstein, Heller y Sechrest (1966), es dudoso que el concepto del "terapeuta ideal" sea muy útil. Cualquier estudio confinado a un solo rasgo o a un pequeño grupo de rasgos parece tener una gran cantidad de sentido. Tomar todos los rasgos juntos hace que el mensaje sea mucho menos coherente.

Beutler y colaboradores (1994) señalan que la influencia de los rasgos de personalidad del terapeuta sobre los resultados no ha recibido una atención adecuada en la investigación. De los rasgos que se han estudiado, la mayor cantidad de atención se ha enfocado en la dominación o dogmatismo, el lugar de control percibido y el estilo de procesamiento cognoscitivo. Sin embargo, es difícil extraer conclusiones generales debido a que cada una de estas variables parece afectar el resultado de manera diferencial dependiendo de los rasgos del cliente y el tipo de terapia (Beutler y cols., 1994). Por ejemplo, Hall y Malony (1983) reportaron que niveles altos de dominación en un terapeuta daban mejor resultado en casos en que el terapeuta y el cliente eran semejantes desde el punto de vista cultural; pero los terapeutas con baja dominación eran más efectivos con clientes de cultura diferente.

Empatía, afecto y autenticidad. Swenson (1971) ha sugerido que un factor importante que diferencia a los terapeutas exitosos de los otros es su interés en las personas y su compromiso con el paciente. En el mismo estilo, Bruniink y Schroeder (1979) encontraron que los terapeutas expertos en varias convicciones teóricas fueron similares en su comunicación de empatía.

La atención a la empatía, más las nociones relacionadas de afecto y autenticidad, surgieron del sistema de terapia centrada en el cliente de Carl Rogers (1951). Él describió estas variables como condiciones necesarias y suficientes para el cambio terapéutico (Rogers, 1957). Alguna evidencia de investigación ha parecido señalar una relación entre estas tres cualidades y los buenos resultados en la terapia (Truax y Carkhuff, 1967; Truax y Mitchell, 1971). Sin embargo, en una revisión cuidadosa de la investigación sobre los resultados terapéuticos y su relación con la empatía, consideración y autenticidad, Lambert, DeJulio y Stein (1978) sólo pudieron hallar un apoyo modesto para la hipótesis de Rogers. Strupp y Bergin (1969) parecen considerar la empatía, afecto y autenticidad como condiciones necesarias pero no suficientes para resultados buenos en la terapia. En años más recientes, estas tres cualidades han sido consideradas más como habilidades que se pueden estudiar y aprender. De acuerdo con Bergin y Suinn (1975): "está claro ahora que estas variables no son tan prepotentes como se creyó alguna vez; pero su presencia e influencia son ubicuas, y se manifiestan aun en forma intensa en las terapias del comportamiento" (p. 52). Ahora bien, en el caso de la empatía algunos han encontrado que terapeutas menos efectivos tienden a calificar menos en empatía que sus colegas más efectivos (Lafferty, Beutler y Crago, 1989).

También se ha afirmado (Beutler y cols., 1994; Gurman, 1977) que estas tres características no sólo reflejan cualidades del terapeuta, sino también cualidades de la relación terapéutica. Vistas de esta manera, dichas características pueden considerarse indicadores de la calidad de la alianza terapéutica. Los estudios han demostrado en forma consistente que la naturaleza y fuerza de la relación de trabajo entre terapeuta y paciente es un contribuyente importante para el resultado positivo (Beutler y cols., 1994).

Libertad de problemas personales. ¿La terapia personal conduce a una efectividad mayor como terapeuta? En una encuesta entre 749 terapeutas en ejercicio que eran miembros de la APA, 44% respondió con respecto a sus problemas personales. De este grupo, 18% reportó que nunca había recibido forma alguna de terapia personal (Guy, Stark y Poelstra, 1988). Pero más de 44% reportó haber experimentado aflicción personal en los tres años anteriores y casi 37% dijo que esto había disminuido la calidad de la atención a los pacientes (Guy, Poelstra y Stark, 1989). Además, de 562 psicólogos con licencia, más de un tercio reportó niveles elevados de extenuación emocional y despersonalización, lo que a menudo se denomina "agotamiento" (Ackerley, Burnell, Holder y Kurdek, 1988).

Aunque los terapeutas no necesitan ser dechados de adaptación, es poco probable que un terapeuta acosado por problemas emocionales pueda ser tan efectivo como le gustaría a uno. Es importante que estos especialistas reconozcan áreas en sus vidas que son sensibles. La tendencia a enfurecerse o ponerse ansioso cuando surgen ciertos temas o la incapacidad para manejar las preguntas de un cliente sin ponerse a la defensiva, es señal de que algo anda mal. En resumen, la conciencia de sí mismo es una cualidad importante en el terapeuta (I. B. Weiner, 1975). Éstos deben ser capaces de ver a sus pacientes con objetividad y no enredarse en su dinámica personal. La sala de terapia no es un lugar para la satisfacción de las necesidades emocionales de uno (Bugental, 1964; Singer, 1965).

En algunos casos, el terapeuta puede encontrar necesario someterse a una terapia personal a fin de resolver problemas emocionales. Sin embargo, se ha discutido desde hace mucho tiempo si esto lo vuelve más efectivo. Por desgracia, la evidencia de investigación actual (Beutler y col., 1994) es menos que definitiva. Esto no es sorprendente cuando se considera la complejidad del proceso de terapia. No obstante, no parecería necesario que todos los terapeutas se sometan a tratamiento como una calificación para conducir la terapia.

Explotación sexual. En el capítulo 3 se señaló en términos poco dudosos que las intimidades sexuales entre paciente y terapeuta deben condenarse en forma inequívoca. Por desgracia, todavía hay demasiados ejemplos de persecución de las mujeres por parte de sus terapeutas varones, y un número creciente de casos de mujeres perseguidas por terapeutas mujeres. Se han expuesto con detalle muchas interrogantes sobre esta clase de conducta contraria a la ética: ¿qué clase de comportamientos

es apropiada de parte del terapeuta?, ¿qué deberían hacer los pacientes en respuesta? y ¿con quiénes pueden presentar sus quejas? (Committee on Women in Psychology, 1989). Con demasiada frecuencia, las mujeres no se quejan con las autoridades apropiadas debido a que carecen del conocimiento sobre el proceso de queja (Vinson, 1987). Sin embargo, al menos en Estados Unidos se encuentran a su disposición sugerencias concretas para ayudarlas a presentar quejas (Gottlieb, 1990). Incluso el acto de tocar a los clientes u otros contactos físicos que no son eróticos son cuestiones delicadas que necesitan abordarse en los programas de enseñanza y en los comités de ética. Uno se pregunta quién está satisfaciendo sus necesidades con tales contactos (Holub y Lee, 1990).

Experiencia e identificación profesional. La sabiduría convencional sugiere que entre más experimentado sea el psicoterapeuta, más efectivo será con los pacientes. Aunque esto es atractivo en forma intuitiva, el grueso de la evidencia de investigación no ha apoyado esta postura (Beutler y cols., 1994; Smith y cols., 1980). No sólo parece no haber una relación consistente entre la experiencia del terapeuta y el resultado positivo, sino que varios estudios sugieren que los *paraprofesionales* capacitados para conducir psicoterapia producen resultados equivalentes —o incluso mejores en ocasiones— a los producidos por psicoterapeutas capacitados (Berman y Norton, 1985; Durlak, 1981; Hattie, Sharpley y Rogers, 1984; Weisz, Weiss, Alicke y Klotz, 1987). Lambert y Bergin (1994) afirman que el jurado todavía delibera sobre este asunto debido a que los estudios que se han realizado hasta la fecha han sido defectuosos. Sin embargo, la investigación de que se dispone es seria. Como todos nosotros, Lambert y Bergin (1994) se preguntan por qué no han aparecido más estudios que apoyen la superioridad de la experiencia y la capacitación profesional.

¿Una profesión resulta tener mejores terapeutas que otras? A lo largo de los años, ha habido muchas luchas muy fuertes respecto a cuál profesión está mejor equipada para llevar a cabo una terapia apropiada. Durante mucho tiempo, los psiquiatras buscaron impedir que los psicólogos clínicos realizaran terapia sin supervisión psiquiátrica. Su principal argumento se reducía a menudo a uno de omnisciencia médica y nunca se basó en una investigación sólida; los psicólogos clínicos se liberaron en forma gradual de la dominación psiquiátrica. Pero las antiguas animosidades y luchar por prerrogativas territoriales se desvanecen despacio. En efecto, con la disponibilidad de fondos federales para pagar los costos de salud y con la ampliación de la cobertura de los seguros para incluir la psicoterapia, la competencia económica ha encendido de nuevo estas luchas territoriales entre la psiquiatría y la psicología clínica.

De hecho, ninguna evidencia real apoya el argumento de que una profesión alardee de terapeutas superiores (ya sean psicólogos clínicos, trabajadores sociales psiquiátricos, psiquiatras o psicoanalistas). En el estudio de *Consumer Reports* ("Mental Health", 1995), las personas que vieron a un profesional de la salud mental en lugar de un médico familiar para sus problemas psicológicos reportaron mayor progreso y satisfacción con su tratamiento. Sin embargo, psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales recibieron estimaciones de satisfacción alta parecidas por parte de los consumidores. Por tanto, en este punto en el tiempo, los datos no parecen apoyar la superioridad de una profesión de la salud mental sobre otras en función de su efectividad y de la satisfacción del cliente.

Hasta este momento, hemos examinado una variedad de variables del paciente y el terapeuta que por lo común se consideran relacionadas con el resultado de la psicoterapia. Como se señaló en nuestra exposición, muchas de estas suposiciones no cuentan con el respaldo de los hallazgos de investigaciones sobre psicoterapia. En la tabla 11-3 se enumeran algunas suposiciones comunes acerca del resultado de la psicoterapia que en la actualidad tienen poco o ningún apoyo empírico.

Curso de la intervención clínica

Hay tantas formas de intervención, junto con tantas clases de problemas, que es imposible describir con precisión una secuencia de procedimientos que se aplicarán igual de bien en todos los casos. No obstante, puede ser útil examinar la secuencia general del progreso terapéutico según la describió Hokanson (1983).

TABLA 11-3 Suposiciones comunes pero infundadas respecto de la relación entre las variables de paciente y terapeuta y el resultado de la psicoterapia

	Suposición	*Evidencia*
1.	Los pacientes menos perturbados o afligidos se benefician más de la psicoterapia.	Resultados poco concluyentes (Garfield, 1994).
2.	Los pacientes mayores tienen peores resultados.	No hay apoyo fuerte para esta suposición (Garfield, 1994; Smith y cols., 1980).
3.	Sólo los pacientes muy motivados logran buenos resultados.	Apoyo mixto (Garfield, 1994).
4.	Las pacientes logran mejores resultados.	El sexo biológico parece no relacionarse con el resultado (Sue y cols., 1994).
5.	Los pacientes de minorías étnicas logran peores resultados.	No hay apoyo para esta suposición(Sue y cols., 1994).
6.	Los pacientes de posición socioeconómica alta logran mejores resultados.	Ninguna relación entre la clase social y el resultado (Garfield, 1994)
7.	Los terapeutas mayores producen mejores resultados.	No hay relación entre la edad del terapeuta y el resultado (Beutler y cols., 1994).
8.	Las terapeutas producen mejores resultados.	Apoyo mixto (Beutler y cols., 1994).
9.	Los terapeutas equiparados con los pacientes de acuerdo con su etnia producen mejores resultados.	La evidencia es dudosa (Beutler y cols., 1994).
10.	Los terapeutas que se han sometido a terapia personal producen mejores resultados.	Resultados mixtos (Beutler y cols., 1994).
11.	Los terapeutas más experimentados producen mejores resultados.	No hay relación entre la experiencia del terapeuta y los resultados (Beutler y cols, 1994; Smith y cols., 1980)

Contacto inicial

Cuando los clientes se ponen en contacto por primera vez con la clínica o entran al consultorio del clínico, a menudo no saben con exactitud qué esperar. Algunos estarán ansiosos; otros, quizá, suspicaces. Algunos no entienden con claridad las diferencias entre el tratamiento médico y la psicoterapia. Otros pueden avergonzarse o sentirse inadecuados porque están buscando ayuda. La primera orden del día, entonces, es que alguien explique de qué se trata la clínica y la clase de ayuda que puede proporcionar. Es un paso importante que puede tener un alcance significativo en la actitud y disposición para cooperar del cliente. Ya sea que este contacto inicial lo lleve a cabo un terapeuta, un trabajador social, un técnico psicológico o alguien más, es importante manejarlo con habilidad y sensibilidad.

Una vez que se han comentado las razones del cliente para acudir, puede explicarse el siguiente paso en la secuencia general. Puede ser útil en este punto exponer varias cuestiones específicas. ¿Quiénes integran el personal profesional y cuáles son sus calificaciones? ¿Qué hay respecto de la cuestión de los honorarios? ¿Los contactos son confidenciales y, de no ser así, exactamente quiénes tendrán acceso a la información? Si hay complicaciones médicas, ¿cómo se integrarán estos problemas con los contactos de terapia? ¿Parece razonable proceder con el cliente o parece más apropiado enviarlo a otra dependencia o con otro profesional? Deben abordarse éstas y otras preguntas desde el principio.

Evaluación

Una vez que existe el acuerdo mutuo de que es probable que el cliente se beneficie con el contacto continuo con la clínica, pueden hacerse una o más citas para evaluar sus problemas. Como ya se ha visto en capítulos anteriores, puede seguirse una variedad de

procedimientos de evaluación, dependiendo de la naturaleza exacta del problema del sujeto, la orientación del personal profesional y otros factores. A menudo hay una entrevista de admisión, la cual puede consistir en gran medida en la recopilación de una historia clínica. Otra información puede recolectarse por medio de la administración de varias pruebas psicológicas. En ocasiones se hacen arreglos para entrevistar a un cónyuge, familiares o amigos. En algunos casos, también puede considerarse deseable hacer que el cliente registre de manera sistemática observaciones personales de su comportamiento, pensamientos o sentimientos en diferentes situaciones.

Para algunas personas, puede ser deseable consultar con otros profesionales. Quizá sea necesario un estudio diagnóstico intensivo neurológico o programar un examen médico a fin de descartar factores no psicológicos. Para algunos clientes cuyos problemas se relacionan con dificultades económicas o desempleo, puede ser apropiado realizar consultas adicionales con trabajadores sociales o consejeros laborales.

Después de recopilar y analizar toda la información, se intenta una integración preliminar. Lo que es deseable aquí no es una simple denominación diagnóstica, sino una construcción amplia de los problemas del cliente a la luz de todos los datos psicológicos, ambientales y médicos disponibles. Esta conceptualización inicial del individuo proporcionará lineamientos para las intervenciones terapéuticas específicas que se emprenderán. Conforme procede la terapia, es probable que ocurran cambios en la conceptualización del cliente, y las metas y técnicas terapéuticas también pueden cambiar un poco como resultado. La evaluación es un proceso progresivo que no cesa con la segunda o tercera entrevista.

Metas del tratamiento

Tan pronto como se integran los datos de la evaluación, el terapeuta y el cliente pueden comenzar a considerar de manera más sistemática la naturaleza de los problemas y qué puede hacerse al respecto. Algunos terapeutas describen esta fase como un periodo de negociación de las metas del tratamiento. Otros sugieren que cliente y terapeuta entran en un "contrato" en que este último acuerda aliviar un conjunto específico de los problemas del cliente y hacerlo en la forma más efectiva posible. Como es natural, nadie puede prometer en forma rotunda una cura perfecta o la resolución de todos los problemas. Los clientes, a su vez, manifestarán sus deseos e intenciones. En efecto, su contrato por lo general cubre cuestiones como las metas de la terapia, la duración de la terapia, la frecuencia de las reuniones, el costo, el formato general de la terapia y las responsabilidades del cliente.

Una vez más, es importante entender que varias características del contrato pueden modificarse conforme transcurre el tiempo. Uno debe tratar con los clientes de acuerdo con lo que ellos estén preparados para aceptar en ese momento. Un cliente ansioso o defensivo puede estar dispuesto a aceptar sólo un conjunto limitado de metas o procedimientos. Conforme procede la terapia, ese cliente puede volverse más abierto y cómodo y por tanto estar en mejor disposición de aceptar un conjunto de metas expandido. Luego, también, puede surgir durante la terapia información adicional sobre el cliente, con el resultado de que pueden ser necesarias algunas modificaciones. Algunas personas desearán expandir sus metas para el tratamiento conforme obtienen más seguridad y confianza en el terapeuta. La discusión de metas y métodos debe manejarse con discreción, sensibilidad y habilidad. Los terapeutas deben tratar de llevar a los clientes sólo hasta donde están preparados para ir desde el punto de vista psicológico. Moverse demasiado rápido o establecer objetivos de tratamiento grandiosos puede atemorizar o alejar a ciertos sujetos. Por lo general es deseable proceder con suficiente sutileza y habilidad, de modo que los clientes sientan que son ellos los que establecen o modifican las metas.

Hokanson (1983) utiliza una clasificación de metas de terapia en términos de *manejo de crisis, cambio conductual, experiencia emocional correctiva* e *insight y cambio*. La tabla 11-4 ilustra estas metas. En el sentido más general, la meta de la psicoterapia es mejorar el nivel de adaptación psicológica del paciente e incrementar su capacidad para lograr satisfacciones en la vida.

Puesta en práctica del tratamiento

Después de fijar las metas iniciales, el terapeuta decide la forma de tratamiento. Puede ser centrada en el cliente, cognitiva, conductual o psicoanalítica. El tratamiento puede circunscribirse mucho y tratar sólo con cierta fobia o cubrir un enfoque más

TABLA 11-4 Naturaleza de las metas y la terapia de acuerdo con Hokanson

Meta terapéutica	*Ejemplos de problemas*	*Procedimientos de tratamiento*
Manejo de crisis	Episodio psicótico incipiente, acciones impulsivas mal planeadas, comportamiento explosivo de expresión emocional subconsciente	Terapia de apoyo, consulta de urgencia en un hospital psiquiátrico, trabajo de crisis en la comunidad
Cambio de comportamiento	Hábitos y comportamientos antiguos que crean problemas de salud para el paciente	Terapia del comportamiento, técnicas de autorregulación
Experiencia emocional correctiva	"Forma de vida" desadaptada con bases amplias que se deriva de experiencias interpersonales negativas persistentes	Terapia de relación
Insight y cambio	Síntomas o aflicción para los que el cliente no puede encontrar una explicación adecuada	Terapia psicoanalítica, terapia centrada en el cliente, análisis existencial, terapias de la gestalt, otras terapias

amplio del estilo de personalidad del cliente. Todo esto debe describirse con detalle al paciente en función de la forma en que se relaciona con sus problemas, la duración de la terapia y quizá incluso las dificultades y tiempos de prueba que pueden esperarle adelante. También se detallará qué se espera con exactitud del cliente: asociación libre, asignación de "tareas para la casa", autosupervisión o cualquier otro detalle. En todo esto está inherente el asunto del consentimiento informado. Del mismo modo en que los participantes en una investigación tienen el derecho a saber qué sucederá, así los pacientes de terapia tienen el derecho de saber qué ocurrirá en la terapia. El recuadro 11-2 proporciona un bosquejo de la información a la que deberán tener acceso los pacientes externos.

Terminación, evaluación y seguimiento

Por supuesto que se espera que el cliente no permanezca en psicoterapia toda su vida. Conforme el terapeuta comienza a creer que el paciente es capaz de manejar sus problemas en forma independiente, se inician las pláticas sobre la terminación. En ocasiones la terminación es un proceso gradual en que se reducen las reuniones, por ejemplo, de una vez a la semana a una vez al mes. Conforme se aproxima la terminación, es importante que se comente con detalle y que los sentimientos y actitudes del cliente se ventilen y traten en forma minuciosa. Los clientes en ocasiones dan por terminada la terapia de súbito, en algunos casos antes de que el terapeuta sienta que es apropiado. Siempre que sea posible, es importante encontrar el tiempo para comentar al menos en forma breve los sentimientos del cliente acerca de dejar el apoyo de la terapia y la posibilidad de regresar después para sesiones adicionales de ser necesario. En otros casos, la terminación es forzada debido a que el terapeuta debe abandonar la clínica, lo cual puede precipitar numerosas reacciones del cliente. Muchos terapeutas encuentran que pueden ser muy útiles las "sesiones de refuerzo" programadas meses después de la terminación, quizá a los seis meses y luego un año después. Estas sesiones se utilizan para revisar el progreso del cliente, abordar problemas nuevos o cuestiones que han surgido en el ínterin y consolidar las ganancias que se han obtenido.

Es importante evaluar con los clientes el progreso que han hecho. Los terapeutas también deberían recopilar datos y tomar notas sobre el progreso a fin de evaluar la calidad de sus esfuerzos o los servicios de la dependencia y continuar mejorando los servicios para los clientes. Los datos más confiables, por supuesto, provendrán de proyectos de investigación diseñados de manera formal (que se describen en la siguiente sección). Sin embargo, los clínicos y las instituciones privadas deben evaluar el éxito de sus propios esfuerzos y el de sus clientes.

RECUADRO 11-2

Información que los pacientes tienen derecho a conocer

Handelsman y Galvin (1988) han preparado un formato de consentimiento para pacientes potenciales que expone las preguntas que tienen derecho a hacer a sus terapeutas. Algunas investigaciones han mostrado que formatos como éste pueden mejorar las primeras impresiones que tienen los pacientes de sus terapeutas (Handelsman, 1990).

Cuando usted acude a terapia está comprando un servicio. Por consiguiente, necesita información para tomar una buena decisión. A continuación hay algunas preguntas que podría querer hacer. Hemos hablado sobre algunas de ellas. Usted tiene derecho a hacerme cualquiera de ellas si desea saber. Si no entiende mis respuestas, pregúnteme de nuevo.

I. Terapia
   - A. ¿Cómo funciona su tipo de terapia?
   - B. ¿Cuáles son los posibles riesgos que entraña? (como divorcio, depresión)
   - C. ¿Qué porcentaje de clientes mejoró? ¿En qué formas?
   - D. ¿Qué porcentaje empeoró?
   - E. ¿Qué porcentaje mejoró o empeoró sin esta terapia?
   - F. ¿Más o menos cuánto tiempo durará?
   - G. ¿Qué debo hacer si siento que la terapia no está funcionando?
   - H. ¿Tendré que responder alguna prueba? ¿De qué clase?

II. Alternativas
   - A. ¿Qué otros tipos de terapia o ayuda hay? (como grupos de apoyo)
   - B. ¿Con cuánta frecuencia funcionan?
   - C. ¿Cuáles son los riesgos de estos otros enfoques?

III. Citas
   - A. ¿Cómo se programan las citas?
   - B. ¿Cuánto duran las sesiones? ¿Tengo que pagar más por las que duran más?
   - C. ¿Cómo puedo encontrarlo en una emergencia?
   - D. Si usted no se encuentra disponible, ¿a quién puedo hablar?
   - E. ¿Qué sucede si el clima está mal o si estoy enfermo?

IV. Confidencialidad
   - A. ¿Qué clase de registros lleva? ¿Quién tiene acceso a ellos? (compañías de seguros, supervisores)
   - B. ¿En qué condiciones se le permite decir a otros lo que comentamos? (amenazas de suicidio o de homicidio, abuso infantil, casos legales, compañías de seguros, supervisores)
   - C. ¿Otros miembros de mi familia, o del grupo, tienen acceso a la información?

V. Dinero
   - A. ¿Cuáles son sus honorarios?
   - B. ¿Cómo tengo que pagar? ¿Por sesión, mensualmente, etcétera?
   - C. ¿Tengo que pagar por sesiones perdidas?
   - D. ¿Debo pagar por llamadas telefónicas o cartas?
   - E. ¿Cuáles son sus políticas respecto al aumento de honorarios? (Por ejemplo, ¿cuántas veces los ha aumentado en los dos años anteriores?)
   - F. Si pierdo mi fuente de ingresos, ¿puede disminuir mi pago?
   - G. Si no pago sus honorarios, ¿me demandará ante los tribunales? ¿Utiliza una agencia de cobranzas o abogado? ¿En qué circunstancias?

VI. General
   - A. ¿Cuál es su capacitación y experiencia? ¿Tiene licencia? ¿Está supervisado? ¿Está certificado por un consejo?
   - B. ¿Con quién hablo si tengo una queja sobre la terapia que no podamos solucionar? (por ejemplo, supervisor, Consejo Estatal de Examinadores de Psicología, comité de ética de la APA)

El contrato [folleto o nuestra conversación] aborda la mayor parte de estas preguntas. Estaré encantado de explicárselas y de responder otras que tenga. Esto ayudará a que su decisión sea la mejor. Puede conservar esta información. Por favor, léala con cuidado en su hogar. También la revisaremos de vez en cuando.

Fuente: tomado de "Facilitating Informed Consent for Outpatient Psychotherapy: A Suggested Written Format", por M. M. Handelsman y M. D. Galvin, *Professional Psychology: Research and Practice*, 1988, *19*, pp. 223-225.

RECUADRO 11-3

La bomba de Eysenck

Para llegar a sus conclusiones sobre la eficacia de la psicoterapia, Eysenck consideró datos de resultados estadísticos de más de 7 000 pacientes. Estos pacientes incluían cinco grupos psicoanalíticos y 14 grupos que se habían sometido a terapia "ecléctica". Como datos de control, Eysenck utilizó la tasa de altas entre pacientes hospitalizados de hospitales del estado de Nueva York y la cantidad de mejora que ocurrió en individuos que buscaban pensiones de seguros y recibían tratamiento médico de profesionales generales.

Básicamente, Eysenck afirmaba que 72% de los pacientes que sólo había recibido custodia o atención médica había mejorado, mientras que sólo 44% de los sujetos que había recibido tratamiento psicoanalítico y 66% de los pacientes que había recibido terapia ecléctica mostraron mejoría. Por tanto, un porcentaje menor de pacientes de psicoterapia que de pacientes control mostró mejoría.

Aunque algunos han abogado por la validez de las conclusiones de Eysenck (por ejemplo, Rachman, 1973; Truax y Carkhuff, 1967), otros han estado en desacuerdo con vehemencia (por ejemplo, Bergin, 1971; deCharms, Levy y Wertheimer, 1954). Las críticas se han centrado en la falla de Eysenck de equiparar a los participantes en los grupos de tratamiento y control. De hecho, en realidad no hubo grupo control en el sentido clásico, y de seguro no se equipararon respecto a educación, clase social, estructura de la personalidad, expectativas sobre la terapia u otros factores relevantes . Además, hubo poca evidencia de que los médicos y psiquiatras usaran los mismos estándares de mejoría. Por último, hay una cuestión sobre la forma en que Eysenck calculó sus tasas de mejoría. Por ejemplo, Bergin (1971) afirmó que la tasa de mejoría para los grupos de custodia y de atención médica fue de 30% en lugar de 72% calculado por Eysenck.

Investigación en la psicoterapia

En esta última sección revisaremos en forma breve los métodos de la investigación en la psicoterapia, los resultados de varios estudios de resultados importantes y las tendencias recientes en dicha investigación. Reseñas más extensas y libros sobre métodos de investigación en la psicoterapia se encuentran disponibles para el lector interesado (por ejemplo, Bergin y Garfield, 1994; Kazdin, 1994).

Durante muchos años, la filosofía prevaleciente parecía ser que era probable que la terapia beneficiara a muchos pacientes, y cuando menos no era perjudicial para los otros, así que, ¿por qué preocuparse? Pero con el transcurso de los años algunos se preocuparon. Por ejemplo, Cartwright (1956), Bergin (1971) y Hadley y Strupp (1977) llamaron la atención sobre la probabilidad de efectos de deterioro en algunos pacientes de psicoterapia y la necesidad, por consiguiente, de estudiar los resultados en la terapia. Aunque no todos creen que los pacientes de terapia están en mayor riesgo de deterioro psicológico que individuos parecidos que no están en tratamiento, puede haber peligro para algunos individuos (Bergin, 1980; Lambert y Bergin, 1994; Mays y Franks, 1985).

El trabajo que en verdad paró de pestañas a la clase dirigente de la psicoterapia fue el reporte de Eysenck (1952), que declaraba en términos indudables que la evidencia de la investigación no apoyaba la afirmación de que la psicoterapia con neuróticos era más efectiva que la falta de todo tratamiento (véase el recuadro 11-3). Los investigadores tomaron éste y otros trabajos relacionados (Eysenck, 1965, 1966) como un desafío. En consecuencia, la significación del trabajo de Eysenck se encuentra menos en la validez de sus conclusiones (las cuales muchos consideraron defectuosas) que en el ataque que hizo a la autocomplacencia del campo.

Como se mencionó en este capítulo, la evidencia concerniente a la eficacia de la psicoterapia ahora es considerablemente más favorable. Aun así, continúa una corriente oculta de suspicacia (Dawes, 1994). Para entender mejor la naturaleza del cambio terapéutico, consideraremos cuestiones de diseño y método de investigación, los hallazgos de los estudios de resultados y el proceso de cambio en sí.

Problemas en la investigación psicoterapéutica

No basta reunir 25 pacientes sometidos a terapia psicoanalítica, administrar medidas de adaptación previas y posteriores, determinar qué cambios positivos han ocurrido después de seis meses y luego concluir que el tratamiento psicoanalítico es efectivo. ¿Un grupo comparable de pacientes sin terapia habría mostrado mejora? ¿Un grupo parecido sometido a desensibilización sistemática habría mejorado tanto? ¿La mejora se debió a los procedimientos psicoanalíticos empleados o el factor crucial fue la simple presencia de un oyente afectuoso e interesado? El diseño simple sugerido en nuestro ejemplo no permite responder ninguna de estas preguntas importantes.

Al igual que muchos experimentos psicológicos (Cap. 4), los estudios que buscan investigar la efectividad de la psicoterapia emplean un grupo experimental y un grupo control de pacientes. El grupo experimental, o *grupo de tratamiento*, recibe el tratamiento en investigación, mientras que el *grupo control* no lo recibe. Los grupos control pueden adoptar muchas formas. En un *grupo control en lista de espera*, el tratamiento de los pacientes se demora hasta después de completar el estudio; en un *grupo control sólo de atención*, los pacientes se reúnen en forma regular con un clínico, pero no se administra algún tratamiento "activo". Tanto como es posible, los pacientes en los grupos de tratamiento y control se igualan en variables que podrían relacionarse con el resultado, como género, edad, categoría de diagnóstico y gravedad de los síntomas antes de que comenzara el estudio, antes de asignarlos al azar a los grupos. Se llevan a cabo evaluaciones del *funcionamiento de los pacientes* (síntomas de psicopatología) en forma paralela tanto para los participantes en el tratamiento como para los controles. Cuando menos, se obtienen evaluaciones al principio del estudio, al completar el tratamiento y es posible que en algún periodo posterior a la culminación del tratamiento (seguimiento). Este diseño permite una comparación de los dos grupos al concluir el tratamiento y el seguimiento, al igual que una evaluación de la cantidad de cambio (si es que hubo alguno) dentro de cada grupo.

A continuación hay algunas de las consideraciones de investigación que ayudan a moldear el significado y generalidad de los hallazgos de investigación sobre resultados terapéuticos.

1. ¿Cuál es la muestra? ¿Los pacientes son voluntarios o se les coaccionó en forma abierta o sutil para que entraran en la terapia (por ejemplo, prisioneros o pacientes de práctica privada)? ¿Los terapeutas eran experimentados o neófitos? ¿Eran psicoanalistas o conductistas? ¿Los pacientes eran "reales" o se reclutaron por medio de un anuncio en el periódico solicitando voluntarios pagados para un estudio análogo sobre el "tratamiento de la fobia a las víboras"? Sin duda, la respuesta a cada pregunta (y otras como ellas) determinará la manera en que los investigadores pueden interpretar sus resultados. No hay hallazgos absolutos, sólo hallazgos relativos a la muestra y a las condiciones del estudio dado.
2. ¿Qué variables relevantes del paciente se controlaron? Por desgracia, uno no puede esperar proporcionar un grupo control que sea idéntico al grupo de tratamiento. Siendo así, ¿qué tan cerca llegó el estudio a controlar los factores relevantes? Si el grupo de control de lista de espera o sólo de atención no fue idéntico al grupo de pacientes, ¿en qué difirió? ¿Las quejas del grupo de pacientes fueron básicamente iguales o hubo diversidad? ¿El grupo control fue similar al grupo de tratamiento respecto de factores demográficos, personalidad, conocimiento sobre la terapia y expectativas de ayuda?
3. ¿Cuáles fueron las *medidas de los resultados*? ¿Dichas medidas fueron idénticas para todos los pacientes y controles o se "adaptaron" para satisfacer la situación idiosincrásica (metas, esperanzas y expectativas) de cada paciente? ¿Se utilizó una o varias medidas de resultados? ¿Las medidas fueron no reactivas, discretas o, por su mismo carácter, podrían reflejar otras

cosas aparte de las que se supone que están midiendo? Por desgracia, en la actualidad no hay consenso acerca de cuáles medidas de resultados deberían utilizarse en los estudios de investigación de psicoterapia. Esto dificulta las comparaciones entre estudios.

4. ¿Cuál es la naturaleza general del estudio? Los efectos de la terapia pueden evaluarse en una variedad de formas. Hasta ahora nos hemos concentrado en estudios experimentales. Otros métodos incluyen estudios de caso, encuestas clínicas, estudios correlativos y estudios análogos. Cada tipo tiene ventajas y desventajas características. Por ejemplo, un estudio de caso puede ofrecer una riqueza de detalles y ser una fuente de hipótesis que pueden ser mucho más valiosas que las de un estudio experimental o un estudio análogo. Pero un estudio de caso tiene una *N* de 1 y ¿cuánto puede generalizarse a partir de un paciente? Los estudios análogos ofrecen un gran potencial para controlar variables pertinentes, evitar problemas éticos con los grupos sin tratamiento y recolectar una cantidad satisfactoria de participantes. Pero, ¿cuánto se acercan a la realidad? Como hemos tenido ocasión de comentar, cada método ofrece ventajas únicas y limitaciones características. La manera en que los investigadores eligen proceder debe estar determinada por lo que buscan aprender y qué pueden tolerar como limitaciones. Quizá la mejor esperanza es que numerosos buenos investigadores decidirán seguir rutas de investigación diversas.

Estudios comparativos

La investigación en la terapia se ha vuelto cada vez más compleja desde la crítica de Eysenck. Cada vez más estudios no sólo evalúan los resultados, sino también comparan dos o más técnicas en función de su eficacia. Sin embargo, varios críticos han cuestionado si algunos diseños son lo bastante poderosos (tienen suficientes participantes en el estudio) para detectar diferencias entre tratamientos alternativos (Kazdin y Bass, 1989).

El estudio de la Universidad Temple. Sloane, Staples, Cristol, Yorkston y Whipple (1975a, 1975b) realizaron un estudio comparativo importante. Más de 90 pacientes externos neuróticos fueron asignados a 1) terapia del comportamiento, 2) terapia con orientación psicoanalítica de corto plazo y 3) una lista de espera con tratamiento mínimo. Los grupos se igualaron en cuanto a sexo y gravedad de los síntomas; por lo demás, la asignación fue aleatoria. Tres terapeutas del comportamiento y tres analistas realizaron el tratamiento; todos tenían una gran capacitación y experiencia. Las medidas previas y posteriores incluyeron pruebas psicológicas, una técnica de síntomas de interés (medida orientada hacia los criterios de tratamiento individualizados), una entrevista estándar, reportes de informantes (personas que habían conocido a los pacientes durante un promedio de 12 años) y estimaciones del terapeuta, el paciente y un estimador independiente. El lector notará que estos procedimientos corresponden en forma estrecha a varias de las recomendaciones hechas con anterioridad en la sección de metodología de este capítulo.

Los tres grupos habían mejorado en el momento de una prueba posterior a los cuatro meses. Sin embargo, los grupos de terapia psicoanalítica (TP) y terapia del comportamiento (TC) mejoraron más que el grupo en lista de espera (LE). El estimador independiente no pudo encontrar diferencias respecto de la mejora en síntomas de interés entre los grupos TP y TC. Las estimaciones generales, como la mejora en situaciones de trabajo o sociales, tampoco sirvieron para discriminar entre los grupos TP y TC. La evaluación del resultado global del estimador indicó que 80% del grupo TC y del grupo TP mejoró, mientras que sólo 48% del grupo LE lo hizo. Para la adaptación general, 93% del grupo TC y 77% del grupo TP y LE mostró mejoría. Aunque el cambio comparativo entre los grupos TC y TP varió dependiendo del criterio específico, en general hubo una tendencia ligera a favor del grupo TC. No hubo evidencia de efectos de deterioro, y los tres grupos mantuvieron su mejoría después de un año. Sin embargo, debe señalarse que hubo una tendencia a que continuara la mejoría y que los pacientes del grupo LE se aproximaran o igualaran a los de los grupos TC y TP. Esto podría sugerir que lo que hace la terapia es acelerar el cambio, en lugar de producir más cambio, en comparación con la ausencia de tratamiento. Los psicoanalistas produjeron mejores resultados con pacientes menos perturbados, mientras que el nivel

TABLA 11-5 Tamaño del efecto promedio ($\overline{ES}$) y percentil equivalente para formas selectas de intervención psicológica

Tipo de terapia	*$\overline{ES}$*	*Percentil equivalente*
Psicodinámica	.69	75%
Centrada en el cliente	.62	73%
Gestalt	.64	74%
Terapia racional emotiva (TRE)	.68	75%
Terapias cognitivas distintas de la TRE	2.38	99%
Desensibilización sistemática	1.05	85%
Modificación del comportamiento	.73	77%
Terapia cognitiva conductual	1.13	87%
Consejo indiferenciado	.28	61%
Todas las formas de intervención psicológica	.85	80%

Nota: el percentil equivalente indica el porcentaje de los que no recibieron tratamiento y cuyo resultado es excedido por quienes recibieron el tratamiento en cuestión.

Fuente: adaptado de Smith, Glass y Miller (1980).

de perturbación del paciente no estableció diferencia alguna para los terapeutas del comportamiento. Esto sugiere que la terapia del comportamiento puede tener mayor versatilidad, tal vez por la mayor flexibilidad y eclecticismo de las técnicas que emplean sus especialistas.

Metaanálisis. En 1977, Smith y Glass publicaron una reseña de casi 400 estudios de resultados de psicoterapia. Su veredicto fue que la evidencia es convincente al mostrar la efectividad de la psicoterapia. Lo que es único acerca de su revisión es su utilización de un método llamado *metaanálisis*. Con este método, analizaron todos los estudios de terapia que trataron al menos a un grupo de terapia y a un grupo control, o a dos grupos de terapia, y promediaron los efectos de la terapia a lo largo de todos estos estudios. En su análisis, definieron el *tamaño del efecto* como la diferencia media entre las puntuaciones de los participantes tratados y control en medidas de resultado pertinentes, dividida entre la desviación estándar del grupo control.

Antes mencionamos el metaanálisis de Smith y colaboradores (1980). Su encuesta incluyó 475 estudios que incluyeron 25 000 pacientes tratados con alrededor de 78 terapias durante un promedio de 16 sesiones. Las comparaciones de los resultados mostraron tamaños del efecto que promediaron .85 desviaciones estándares. Como ya se expuso, esto significa que "la persona promedio que recibe terapia está mejor al final de ella que 80% de las personas que no la reciben" (Smith y cols., 1980, p. 87). Con una definición algo más estricta de terapia y sin la "terapia placebo" ni el "consejo indiferenciado" de los datos, el tamaño del efecto promedio se incrementó de .85 a .93 de una unidad de desviación estándar. ¡Esta cifra sería análoga a reducir una tasa de enfermedad o muerte de 66 a 34%! La tabla 11-5 presenta un resumen de los hallazgos de Smith y colaboradores para varias formas importantes de psicoterapia.

Varios investigadores han apoyado la utilidad general de los procedimientos de metaanálisis y por tanto han corroborado las conclusiones de Smith y Glass sobre la eficacia de la psicoterapia (por ejemplo, Fiske, 1983; Landman y Dawes, 1982; Shapiro y Shapiro, 1982, 1983). Sin embargo, estos estudios metaanalíticos tienen algunos problemas (Parloff, London y Wolfe, 1986). Las condiciones clínicas importantes (como la depresión y el alcoholismo) están representadas en

forma inadecuada en estos estudios, mientras otras (por ejemplo, las fobias) están representadas en exceso. Los terapeutas tienden a ser clínicos novatos o residentes psiquiátricos, y las terapias con demasiada frecuencia son intervenciones conductuales a corto plazo. Algunos críticos son escépticos acerca de los métodos metaanalíticos. Por ejemplo, Wilson y Rachman (1983) están preocupados por la tendencia de Smith y Glass a agrupar para análisis estudios que varían en forma significativa en su calidad y complejidad metodológica.

Mirándolo bien, parecería que el metaanálisis ha servido para fortalecer el caso de la efectividad de la psicoterapia. Sin embargo, de ningún modo ha solucionado todos los problemas en esta área. Cualquiera que piense que el análisis estadístico complejo puede sustituir la investigación diseñada con meticulosidad, recibirá un choque rudo. Como plantean Wilson y Rachman (1983): "no reconocer los problemas con el metaanálisis amenaza perpetuar la impresión de que las técnicas estadísticas pueden hacer aceptables datos de mala calidad que distorsionan el proceso terapéutico y su resultado" (p. 54).

Investigación de proceso

Hasta ahora nos hemos enfocado en los resultados de la intervención terapéutica, junto con muchas de las variables del paciente y el terapeuta que pueden afectar esos resultados. Otros investigadores han abordado sucesos específicos que ocurren durante la terapia en el curso de la interacción entre terapeuta y paciente. Esto se llama *investigación de proceso*. Los rogerianos fueron pioneros en esta área y por lo común conducían estudios relacionando, por ejemplo, la cantidad de habla del terapeuta en una sesión determinada con la espontaneidad del cliente o los efectos de las aclaraciones y replanteamientos del terapeuta en la toma de responsabilidad del cliente por el progreso en una sesión determinada.

Durante largo tiempo, los investigadores de la terapia estuvieron divididos en dos campos (Beutler, 1990), los que hacían investigación de proceso y los que investigaban los resultados. Estos últimos criticaban la investigación de proceso porque no mostraba que los procesos internos de la terapia se correlacionaban con el resultado y, por consiguiente, era algo que no merecía una consideración seria. En efecto, en ocasiones parecía como si el proceso fuera engañoso al predecir resultados.

Pero los investigadores orientados al proceso sentían que debía haber relaciones entre el resultado y los procesos que ocurrían durante la terapia (Strupp, 1971). Una forma de efectuar este tipo de investigación es filmar o grabar sesiones de terapia reales. Esta clase de investigación ha comenzado a mostrar cada vez más relaciones sustantivas entre lo que sucede durante la terapia y el resultado final (Garfield, 1990; Marmar, 1990). Por ejemplo, Windholz y Silberschatz (1988) encontraron que al examinar cintas de audio podían mostrar que la participación activa en el proceso de terapia era un pronosticador significativo de los resultados de ésta para pacientes externos de 20 a 85 años.

Un ejemplo simple de investigación de proceso es un estudio de Lassen (1973) que investigó los efectos de la distancia física en la ansiedad y comunicación en una entrevista psiquiátrica inicial. Las entrevistas entre el paciente y el terapeuta se realizaron a distancias de 90 centímetros, 1.80 metros y 2.70 metros. Surgieron varios resultados: 1) la razón de perturbación del habla (Speech Disturbance Ratio; una medida de ansiedad) se incrementó con el aumento de la distancia. 2) Los pacientes reportaron que no eran comprendidos tan bien cuando las distancias eran mayores. 3) Los pacientes hablaron más sobre sus ansiedades y temores y reportaron haber sido más abiertos a 1.80 metros. Este estudio de seguro no le da otro sentido al campo de la terapia; pero la acumulación cuidadosa de muchos de estos estudios puede incrementar nuestra comprensión de qué afecta qué en ella.

Otro ejemplo de investigación de proceso es el trabajo sobre comunicación e interacciones habladas (Matarazzo y Wiens, 1972). Esta clase de investigación ha indagado propiedades formales de las elocuciones, incluyendo su duración y frecuencia, al igual que las interrupciones, la proporción de habla del paciente y el terapeuta y otras variables. Otra investigación combina características de proceso y resultado. Por ejemplo, Staples, Sloane, Whipple, Cristol y Yorkston (1976) encontraron que los pacientes que mostraban mayor tiempo total de habla y duraciones de habla más largas en la terapia dieron evidencia de más mejoría.

En fechas más recientes, Hill (1990) ha revisado una variedad de estudios de variables de proceso. Las variables del terapeuta incluyen respuestas verbales, comportamiento de facilitación (por ejemplo, empatía) y tendencia a dar consejo, proporcionar información u ofrecer interpretaciones. Las variables de proceso del cliente incluyen el grado de participación, la naturaleza de sus declaraciones, la presencia de emociones durante la terapia y la identificación de momentos "buenos" en la terapia que parecían augurar una mejoría.

Tendencias recientes

Enfoque de la investigación en la psicoterapia. Preguntar si la terapia es efectiva ya no es una estrategia muy buena; la cuestión es demasiado amplia. Un enfoque más útil es considerar ciertas terapias aplicadas a determinados pacientes en formas específicas. La mayor parte de los estudios se centra ahora en la efectividad de ciertos tratamientos con problemas psicológicos específicos (Barlow, 1996; Nathan, 1998). Por ejemplo, Gortner, Gollan, Dobson y Jacobson (1998) estudiaron pacientes con depresión mayor, y McLean, Woody, Taylor y Koch (1998) investigaron la eficacia de la terapia cognitivo conductual en pacientes con trastorno de pánico con y sin depresión mayor comórbida. Kazdin y Crowley (1997) examinaron la efectividad del tratamiento cognitivo de niños antisociales, y Craske, Rowe, Lewin y Noriega-Dimitri (1997) examinaron cuál componente del tratamiento cognitivo conductual para el trastorno de pánico con agorafobia (exposición interoceptiva frente a reentrenamiento de la respiración) fue más efectivo.

Además, ahora cada vez más estudios evalúan los efectos de la psicoterapia frente a la medicación. Dada la creciente frecuencia con que muchos psiquiatras y médicos familiares prescriben medicamentos para problemas psicológicos, la mala voluntad de la burocracia de la atención a la salud para pagar por una terapia "interminable" y el creciente interés de algunos psicólogos clínicos por recetar medicamentos (Cap. 1), esta investigación está cobrando importancia. En cualquier caso, necesitamos realizar estudios que puedan evaluar con precisión la forma en que se comparan los medicamentos y la psicoterapia y cómo pueden interactuar (por ejemplo, Elkin, Gibbons, Shea y Shaw, 1996; Jacobson y Hollon, 1996; Klein, 1996).

Lineamientos de la práctica. Los psicólogos clínicos son considerados cada vez más responsables de los servicios que proporcionan. Las aseguradoras y las compañías de atención subsidiada ya no dan a los clínicos rienda suelta respecto de las intervenciones que emplean y el ritmo en que se administra el tratamiento. A fin de mantener el control sobre el quehacer de la psicoterapia, varias organizaciones profesionales se han vuelto cada vez más activas en la elaboración de *lineamientos de la práctica* (Nathan, 1998). Dichos lineamientos recomiendan formas específicas de intervención para problemas o trastornos psicológicos concretos, y tienen una meta común de la "especificación detallada de métodos y procedimientos para asegurar el tratamiento efectivo para cada trastorno" (Nathan y Gorman, 1998, p. 12).

Para ejemplificar esta tendencia, la División de Psicología Clínica (Division of Clinical Psychology) de la Asociación Psicológica Estadounidense (American Psychological Association) publicó una lista de *tratamientos validados en forma empírica (empirically validated treatments: EVT)* en 1995 (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995). A partir de criterios estándares, este grupo de trabajo de la APA elaboró listas de tratamientos bien establecidos y probablemente eficaces para diversos problemas psicológicos. La tabla 11-6 presenta la lista más actualizada de EVT mejor establecidos para una variedad de condiciones (Chambless y cols., 1998). Expondremos varias de estas formas de intervención psicológica en capítulos posteriores.

Es importante señalar que estas listas no carecen de controversia. Garfield (1996), por ejemplo, sostiene que 1) son prematuras y se necesita mucha más investigación antes de una publicación así; 2) el término "validado en forma empírica" es engañoso, pues sugiere que otras intervenciones que no están en la lista son inútiles o perjudiciales; 3) los EVT carecen de validez externa debido a que no representan a la psicoterapia en la forma típica en que se lleva a cabo fuera del laboratorio de investigación, y 4) estos EVT reglamentados ignoran la importancia de las variables del terapeuta y del pa-

TABLA 11-6 Ejemplos de tratamientos validados en forma empírica (EVT) "bien establecidos"

Ansiedad y problemas de estrés
Terapia cognitiva del comportamiento para trastorno de pánico (con y sin agorafobia)
Terapia cognitiva del comportamiento para trastorno de ansiedad generalizada
Tratamiento de exposición para la agorafobia
Exposición/dominio guiado para fobia específica
Exposición y prevención de respuesta para trastorno obsesivo-compulsivo
Entrenamiento de inoculación contra el estrés para afrontar los estímulos estresantes

Depresión
Terapia del comportamiento para depresión
Terapia cognitiva para depresión
Terapia interpersonal para depresión

Problemas de salud
Terapia cognitiva del comportamiento
Multicomponentes para dolor asociado con enfermedad reumática
Terapia cognitiva del comportamiento multicomponentes con prevención de recaída para dejar de fumar
Terapia cognitiva del comportamiento contra bulimia

Problemas infantiles
Modificación del comportamiento para la enuresis
Programas de entrenamiento para padres con hijos con comportamiento oposicionista

Problemas matrimoniales
Terapia matrimonial del comportamiento

Fuente: adaptado de Chambless y colaboradores (1998). "Update on empirically validated therapies, II". *The Clinical Psychologist, 51*, pp. 3-16. Adaptado con autorización de la División de Psicología Clínica, American Psychological Association

ciente en el resultado (asumen que "una talla le queda a todos") y hacen caso omiso de la evidencia que sugiere la falta de superioridad de una forma de tratamiento sobre otras.

Para el campo es importante considerar las críticas de Garfield (1996), y varios psicólogos clínicos que realizan investigaciones sobre la psicoterapia han respondido. Barlow (1996), Chambless (1996) y otros están en desacuerdo en que la publicación de los EVT fuera prematura. Primero, señalan que la eficacia de los tratamientos en estas listas está bien sustentada. Aunque es importante realizar investigaciones adicionales y modificar las listas cuando sea apropiado, demorar la publicación habría puesto en riesgo las intervenciones psicológicas debido a que otras organizaciones profesionales (como la psiquiatría) han publicado sus lineamientos para la práctica y las compañías de atención subsidiada están comenzando a incorporar estas listas en sus lineamientos (Barlow, 1996). Segundo, muchos están de acuerdo con Garfield en que "sustentados en forma empírica" puede ser un mejor descriptor para estos tratamientos; sin embargo, no se han modificado los términos por temor de generar más confusión (Chambless, 1996). Tercero, la efectividad de la "terapia como es usual" no se ha estudiado en forma adecuada (Barlow, 1996). Sin embargo, sabemos que en promedio los pacientes que reciben uno de los EVT funcionan significativamente mejor que los de grupos control. Por último, aunque sean atractivas de manera intuitiva, las afirmaciones de Garfield (1996) respecto de la importancia de las variables del paciente y el terapeuta para el resultado clínico

deberían verse como hipótesis de trabajo, no como hechos demostrados en forma empírica (Barlow, 1996; Chambless, 1996).

Tratamiento manualizado. Un asunto relacionado que se ha debatido acaloradamente es si los tratamientos basados en manuales deberían utilizarse en la práctica clínica. En un inicio, algunos investigadores de psicoterapia elaboraron dichos manuales a fin de asegurar la estandarización de los protocolos de tratamiento de un paciente a otro. Sin embargo, el *tratamiento manualizado* también se ha utilizado fuera del contexto de investigación en la práctica clínica. Algunos lo han criticado por "socavar" el juicio clínico de los clínicos, por no estar adaptados a pacientes con múltiples problemas (condiciones comórbidas) y por ignorar los efectos del terapeuta en el resultado (Davison y Lazarus, 1995; Garfield, 1996; Wilson, 1998).

Al abordar éstas y otras críticas, Wilson (1998) señala que el tratamiento basado en un manual tiene mayor utilidad clínica que la que se le acredita. La literatura sobre pruebas psicológicas y juicio clínico sugiere que el juicio y la predicción clínicos son limitados y es probable que sean superados por un tratamiento manualizado con sustento empírico que prescribe al terapeuta los métodos de intervención para un problema determinado. Segundo, no hay datos que apoyen la postura de que estos tratamientos sean inferiores al tratamiento de problemas psicológicos comórbidos (Wilson, 1998). De hecho, los tratamientos basados en manuales podrían utilizarse para tratar problemas comórbidos en forma secuencial o concurrente. Tercero, Wilson (1998) afirma que dichos tratamientos fomentan la innovación clínica debido a que ayudan a identificar pacientes que no parecen responder a los tratamientos de "primera opción". Entonces se hace posible y necesario modificar los protocolos a fin de tratar a estos individuos con éxito. Por último, Wilson (1998) señala que los tratamientos basados en manuales, como otras formas terapéuticas, requieren habilidad clínica y una alianza terapéutica positiva. Reconoce que los manuales de tratamiento necesitan volverse más "amigables con el terapeuta" y sugiere proporcionar más lineamientos prácticos al igual que más exposiciones de problemas encontrados por lo común al poner en práctica el tratamiento.

Nos gustaría resaltar unas cuantas ventajas adicionales del tratamiento basado en manuales. Esta modalidad es más enfocada, a menudo más comprometida desde la perspectiva del paciente, y más fácil de enseñar, supervisar y vigilar (Wilson, 1998). Por último, los clínicos que dominan los tratamientos basados en manuales serán mucho más atractivos para las compañías de atención subsidiada, ya que se reconoce la eficacia y eficiencia de tales tratamientos (Marques, 1998; Strosahl, 1998). Marques (1998) predice que se requerirá que los clínicos utilicen protocolos de tratamiento basados en manuales para mantener su categoría de proveedores para organizaciones de atención subsidiada. Por todas estas razones, es importante que los aprendices de psicología clínica reciban una capacitación minuciosa en tratamientos basados en manuales con sustento empírico (Calhoun, Moras, Pilkonis y Rehm, 1998). La tabla 11-7 presenta un conjunto de lineamientos preliminares para la capacitación en tratamientos con sustento empírico.

Algunas conclusiones generales

Parece estar surgiendo una generalización sobre la efectividad de la psicoterapia. Sin embargo, hay poca evidencia que sugiera que una forma de terapia es efectiva para todos los problemas. Las conclusiones sobre la psicoterapia a las que llegó J. D. Frank (1979) hace varias décadas también parecen caracterizar el pensamiento actual:

1. Casi todas las formas de psicoterapia son algo más efectivas que la ayuda no planeada o informal.
2. Ninguna forma de terapia ha mostrado ser más efectiva que otra para todas las condiciones.
3. Los clientes que muestran mejora inicial tienden a mantenerla.
4. Las características del cliente, el terapeuta y su interacción pueden ser más importantes que la técnica terapéutica.

TABLA 11-7 Lineamientos para la capacitación en tratamientos con sustento empírico

1. Incluir videograbaciones que ilustren la conducción de los componentes centrales del tratamiento con sustento empírico en el programa de capacitación.
2. Basarse sobre todo en cintas de audio o video de sesiones de terapia para supervisión y no en los informes personales de los aprendices.
3. Usar medidas de adhesión elaboradas para el tratamiento con sustento empírico para evaluar en forma sistemática y frecuente el progreso de cada aprendiz.
4. El material de capacitación que ilustra errores comunes en la puesta en práctica de componentes centrales de un tratamiento con sustento empírico es un auxiliar de capacitación eficiente.
5. La supervisión del grupo mediante cintas de audio de sesiones puede ser más eficiente que la supervisión individual en función de la tasa de aprendizaje.
6. Esperar proporcionar supervisión en un mínimo de tres a cuatro casos prototípicos para el tratamiento con sustento empírico, más un mínimo de cuatro casos más no prototípicos para desarrollar una habilidad adecuada mínima para llevarlo a cabo.
7. Incluir instrucción en evaluación progresiva de la respuesta de un paciente al tratamiento con sustento empírico.

Fuente: adaptado de Calhoun, K. S., Moras, K., Pilkonis, P. A. y Rehm, L. P. (1998). "Empirically supported treatments: Implications for training". *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66,* pp. 151-162.

Este último punto es importante debido a que sugiere que, dada la efectividad igual de varias formas de terapia, el campo debe dirigir su atención a los elementos comunes a todas ellas. Sin embargo, no todos están de acuerdo con esta conclusión. Telch (1981), por lo menos, afirma que entre más potente sea la técnica terapéutica en uso, son menos importantes las características del terapeuta o del cliente. Como un ejemplo, Telch señala que la evidencia sugiere con fuerza que la desensibilización sistemática es muy efectiva en pacientes con fobias. Pero para quienes tienen problemas en el uso de imágenes mentales, la desensibilización puede ser ineficaz y el modelamiento puede ser la técnica de elección. Lazarus (1980) también sostiene que ciertas terapias específicas están indicadas para determinados problemas específicos. Pero al mismo tiempo parece sugerir que varios factores inespecíficos desempeñan una función importante en la mejoría. Por ejemplo, sin tener en cuenta si el terapeuta utiliza desensibilización, modelamiento o la búsqueda del insight, el resultado puede ser un incremento en la sensación de eficacia de sí mismo por parte del paciente que, a su vez, facilita el cambio.

Quizá el curso más seguro es seguir un ataque en dos frentes. Debería diseñarse una investigación cuidadosa para ayudarnos a predecir cuál terapia funcionará mejor para un problema determinado. Las listas de tratamientos con sustento empírico para problemas psicológicos comunes deberían continuar actualizándose y expandiéndose. Al mismo tiempo, también deberían dedicarse esfuerzos a investigar los factores comunes a todas las terapias y la manera en que operan. La investigación también podría centrarse en los efectos de equiparar pacientes y terapeutas en función de características adecuadas. Sin embargo, en el análisis final, la competencia del terapeuta puede ser más crítica que la simple equiparación de pacientes y terapeutas a lo largo de las líneas de raza, clase o sexo.

La terapia es un proceso intermitente que ocurre, por ejemplo, una vez a la semana. Por tanto, sólo es una pequeña parte de la vida en curso de un cliente. Otras experiencias concurrentes pueden ser tan importantes o incluso más para determinar si ocurre la mejora o no. Además, lo que sucede en la terapia puede interactuar con otras experiencias en formas complejas. Otros pueden comenzar a reaccionar en forma diferente al cliente, y estas reacciones cambiadas pueden reforzar o contrarrestar los cambios inducidos por la terapia. Los cambios en el cliente pueden amenazar a los miembros de la familia, quienes luego conspiran en silencio para sabotear el tratamiento. El proceso es tan complejo e interactivo que es difícil para la investigación mostrar qué factores en la tera-

pia se relacionan con el cambio del cliente o con su ausencia (J. D. Frank, 1982).

Quizá la mayor limitación de todas sea la sugerida por la acusación de Barlow (1981) de que muchos psicólogos clínicos simplemente no prestan atención a la investigación de resultados. Continúan haciendo lo que siempre hacen sin percatarse por completo de las dificultades para hacer inferencias válidas a partir de sus experiencias con casos individuales (Kazdin, 1981). Persons (1995) expone cómo las deficiencias en la capacitación y la inaccesibilidad percibida de recursos han causado que los clínicos se demoren en adoptar técnicas de tratamiento con sustento empírico. Sin embargo, Chambless y colaboradores (1996) lo han dicho mejor:

> La psicología es una ciencia. Al buscar ayudar a quienes lo necesitan, la psicología clínica extrae su fuerza y carácter único de la ética de la validación científica. Cualesquiera que fueran las intervenciones que podrían dictar el misticismo, la autoridad, el comercialismo, la política, la costumbre, la conveniencia o el descuido, los psicólogos clínicos se enfocan en lo que funciona. Profesan una responsabilidad ética fundamental para las intervenciones posibles que funcionan y para someter a escrutinio científico cualquier intervención que utilicen. (p. 10)

Los psicólogos clínicos deben aprender más sobre los datos específicos de la efectividad de varias formas de terapia y poner en práctica de manera habitual este conocimiento. Están bajo imperativos éticos y científicos para hacerlo.

Resumen del capítulo

Los psicólogos clínicos usan intervenciones psicológicas a fin de inducir cambios en el comportamiento, pensamientos o sentimientos de una persona. La psicoterapia es una forma de intervención que ocurre en un contexto profesional cuyo objetivo es solucionar problemas psicológicos, mejorar el afrontamiento y el funcionamiento, prevenir problemas futuros o incrementar la satisfacción en la vida. La evidencia sugiere que la psicoterapia es efectiva, en especial para ciertos tipos de problemas psicológicos. Sin embargo, ninguna forma de psicoterapia o intervención es superior para todos los problemas.

Ciertas peculiaridades o características son comunes a todas las formas de terapia, incluyendo la función de experto del terapeuta, la relación o alianza terapéutica, la formación de competencia, la liberación de ansiedad o tensión y la expectativa de cambio. Aunque las características específicas del paciente y del terapeuta pueden influir en los resultados, tales relaciones parecen ser multidimensionales y complejas. Resulta interesante señalar que la investigación no apoya muchas creencias sostenidas por lo común respecto de las relaciones entre los factores del paciente y del terapeuta y el resultado de la psicoterapia.

La investigación de la psicoterapia está dirigida a evaluar si ciertas intervenciones son efectivas o no en ciertas poblaciones de clientes, qué factores parecen relacionados con el cambio y cómo puede producirse dicho cambio. Estudios más recientes examinan si una terapia específica es efectiva en pacientes con problemas psicológicos determinados (como diagnósticos específicos del DSM-IV). Además, los psicólogos clínicos han comenzado a examinar más a fondo los beneficios relativos de la psicoterapia frente a la medicación para ciertas condiciones, y de tratamientos combinados de terapia y fármacos. Por último, la investigación ha ayudado a moldear los lineamientos de la práctica que incorporan tratamiento con sustento empírico. En el futuro, es probable que los psicólogos clínicos utilicen cada vez más tratamientos basados en manuales.

Términos clave

alianza terapéutica Relación entre terapeuta y paciente. Se cree que forjar una alianza terapéutica fuerte es de importancia primordial para el cambio terapéutico.

cambio de comportamiento Meta terapéutica general que puede entrañar la extinción o disminución de la frecuencia de un comportamiento indeseable y/o el incremento en la frecuencia de un comportamiento deseado.

catarsis Liberación de emociones.

dominio Adquisición de un nivel elevado de conocimiento o habilidad. Una meta de la psicoterapia puede ser que el paciente desarrolle competencia o dominio en un área particular.

experiencia emocional correctiva Meta terapéutica general, acompañada por una reacción emocional en que el cliente cambia sus suposiciones respecto de otros y aprende formas nuevas de relacionarse con los demás en virtud de que el terapeuta no "reacciona" a la hostilidad, dependencia, etc., del cliente como otros han tendido a reaccionar.

factores comunes Conjunto de características que definen a muchas orientaciones de terapia y que pueden ser la fuente de los cambios positivos efectuados por el tratamiento psicológico.

factores inespecíficos Factores que no son específicos para alguna orientación terapéutica en particular, pero contribuyen a un resultado positivo del tratamiento (por ejemplo, la expectativa de que uno mejorará).

función de experto La demostración de competencia del terapeuta (es decir, conocimiento y experiencia).

funcionamiento del paciente Qué tan bien se las arregla un paciente a lo largo de diversos dominios (por ejemplo, psicológico, social/interpersonal, ocupacional).

grupo control En la investigación de psicoterapia, el grupo que no recibe el tratamiento en investigación.

grupo control en lista de espera Grupo control cuyos integrantes reciben tratamiento sólo después de completar el estudio.

grupo control sólo de atención Grupo control cuyos integrantes se reúnen en forma periódica con un clínico pero no reciben tratamiento "activo".

grupo de tratamiento En la investigación de psicoterapia, el grupo que recibe el tratamiento en investigación.

insight En el contexto de la psicoterapia, el logro del entendimiento de la naturaleza y orígenes de los problemas de uno.

interpretación En el contexto de la psicoterapia, la conceptualización del terapeuta del significado que se encuentra detrás de las experiencias o comportamientos del paciente.

intervención psicológica Método de inducir cambios en el comportamiento, pensamientos o sentimientos de una persona.

investigación de proceso Investigación que estudia los hechos específicos que ocurren en el curso de la interacción entre el terapeuta y el paciente. Se ha demostrado que algunos procesos de terapia se relacionan con el resultado del tratamiento.

manejo de crisis Meta terapéutica general que comprende calmar o moderar a los individuos en una situación de crisis, ayudándoles a solucionar problemas y/o proporcionarles apoyo.

medidas de los resultados En la investigación de la psicoterapia, indicadores del funcionamiento del paciente después del tratamiento, utilizados para calcular la efectividad del tratamiento.

metaanálisis Método de investigación en que uno recopila todos los estudios relacionados para un tema o interrogante y combina los resultados en forma estadística.

paraprofesionales Individuos sin educación avanzada en psicología que han sido capacitados para asistir a los profesionales de la salud mental.

prejuicio de género En el contexto de la psicoterapia, el prejuicio de género se demuestra si el mismo tratamiento deriva en resultados diferentes para hombres y mujeres. Aunque no hay una buena evidencia que vincule el sexo biológico con el resultado del tratamiento, los clínicos necesitan apreciar la forma en que las cuestiones del sexo del cliente pueden afectar su adaptación, perspectiva y/o enfoque de la terapia.

profundidad de un problema Variabilidad de una condición o comportamiento. (Entre "más profunda" la condición, se percibe que es menos variable.)

tamaño del efecto Extensión del efecto del tratamiento (determinado en forma estadística).

tratamiento manualizado Tratamiento psicoterapéutico que se presenta y describe en un formato de manual estandarizado (es decir, delinea los fundamentos, metas y técnicas que corresponden a cada fase del tratamiento).

tratamientos validados en forma empírica (EVT) Tratamientos para varias condiciones psicológicas que, según varios estudios empíricos minuciosos, están "bien establecidos" o "es probable que sean eficaces". La División de Psicología Clínica de la APA actualiza y publica en forma periódica una lista de EVT.

terapia feminista Orientación de la psicoterapia que trata con las dificultades emocionales y trastornos experimentados por las mujeres y reconoce que muchas de las dificultades que sufren surgen de la posición social que son obligadas a adoptar.

Sitios web de interés

11-1 Vínculos a una variedad de documentos concernientes a tratamientos con apoyo empírico (listas, manuales de referencia)

www.sscp.psych.ndsu.nodak.edu/est_docs/tf_docs.htm

11-2 Vínculo al artículo de Seligman (1995) sobre el estudio de *Consumer Reports*

http://mentalhelp.net/articles/seligm.htm

11-3 Portal para diversos vínculos a cuestiones concernientes a la atención subsidiada

www.apa.org/concept/managed.html

11-4 Portal para diversos vínculos a cuestiones concernientes a la psicoterapia

www.apa.org/concept/therapy.html

11-5 *Prevention and Treatment*, revista electrónica dedicada a la investigación sobre intervenciones

http://journals.apa.org/prevention/



DOCE

Psicoterapia: perspectiva psicodinámica

PREGUNTAS PRINCIPALES

1. ¿Cuáles son las suposiciones principales de la teoría freudiana?
2. ¿Cuáles técnicas se utilizan en el tratamiento psicoanalítico y por qué se usan?
3. ¿Cuáles son las principales formas alternativas de terapia psicoanalítica? Describa cada una.
4. ¿Qué evidencia sugiere que el tratamiento psicodinámico funciona?
5. ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de las formas psicodinámicas de tratamiento?

RESEÑA DEL CAPÍTULO

El enfoque psicodinámico de la terapia se centra en los motivos y conflictos inconscientes en la búsqueda de las raíces del comportamiento. Del mismo modo depende en gran medida del análisis de la experiencia pasada. El epítome de esta perspectiva reside en la teoría y terapia psicoanalíticas originales de Sigmund Freud (véase el recuadro 12-1).

Sin duda, la teoría psicoanalítica representa una de las contribuciones más radicales al campo de la personalidad. Lo que comenzó como un flujo vacilante de ideas controvertidas basadas en unos cuantos pacientes vieneses neuróticos, se transformó en un torrente que cambió el rostro de la teoría de la personalidad y la práctica clínica. Es difícil que un área de la vida moderna permanezca intacta por el pensamiento freudiano. Influye en el arte, la literatura y las películas, al igual que en nuestros libros de texto. Palabras y frases como *yo, inconsciente, deseo de muerte* y *desliz freudiano* se han vuelto parte de nuestro lenguaje cotidiano.

Lo que es cierto en nuestra cultura en general no es menos cierto para las intervenciones terapéuticas. Aunque la terapia psicoanalítica se considera en ocasiones como un anacronismo, todavía es muy común entre los psicólogos clínicos (Norcross, Karg-Bray y Prochaska, 1997a). De hecho, casi toda forma de terapia que se base en negociaciones verbales entre terapeuta y paciente debe algo al psicoanálisis, como teoría y como terapia. Ya sea que se trate de terapia existencial, terapia cognoscitiva conductual o terapia familiar, las influencias psicoanalíticas son bien evidentes, aun cuando no siempre se reconozcan de manera formal.

Psicoanálisis: los comienzos

En 1885, se concedió a Freud una beca para estudiar en París con el famoso Jean Charcot. Charcot era notable por su trabajo con histéricas. La histeria era vista entonces como un trastorno "femenino" marcado con más frecuencia por parálisis, ceguera y sordera. Estos síntomas sugerían una base neurológica, pero no podía encontrarse causa orgánica alguna. Antes, Charcot había descubierto que algunas pacientes histéricas, bajo hipnosis, abandonaban sus síntomas y en ocasiones recordaban las experiencias traumáticas que los habían causado. Es probable que dichos recuerdos bajo hipnosis ayudaran a estimular las reflexiones de Freud sobre la naturaleza del inconsciente. En cualquier caso, se impresionó mucho con el trabajo de Charcot y, a su regreso a Viena, lo explicó a sus amigos médicos. Muchos eran bastante escépticos respecto de los beneficios de la hipnosis; no obstante, Freud comenzó a usarla en su práctica neurológica.

Anna O.

Unos cuantos años antes, Freud había quedado fascinado por el trabajo de Josef Breuer con una joven paciente "histérica" llamada Anna O. Ella presentaba muchos síntomas histéricos clásicos, al parecer precipitados por la muerte de su padre. Breuer la había tratado con hipnosis y durante un trance ella le habló sobre la primera aparición de uno de sus síntomas. Lo extraordinario fue que, cuando salió del trance, ¡el síntoma había desaparecido! Breuer se percató con rapidez de que había tropezado con algo muy importante, así que repitió los mismos procedimientos durante un periodo. Tuvo mucho éxito, pero entonces surgió una complicación. Anna comenzó a desarrollar un apego emocional intenso a Breuer. La intensidad de esta reacción, más una sesión notable en que Anna comenzó a mostrar dolores de parto histéricos, convencieron a Breuer de que debía abandonar el caso. Los celos de la esposa de Breuer pueden haber tenido su parte también en esta decisión.

Estos acontecimientos, con los que Freud estaba familiarizado, sin duda ayudaron a inspirar sus teorías iniciales acerca del inconsciente, la *curación con la conversación,* la catarsis, la transferencia y la ansiedad moral. Trató a muchos de sus pacientes con hipnosis; pero no todos eran buenos candidatos para procedimientos hipnóticos. Otros eran hipnotizados con facilidad pero mostraban una tendencia desconcertante a no recordar qué habían revelado durante el trance, lo cual destruía la mayor parte de las ventajas de la hipnosis. Un ejemplo fue Elisabeth, una paciente que vio Freud en 1892. Él le pidió, mientras estaba despierta, que se concentrara en su padecimiento y que recordara cuándo comenzó. Le pidió que se recostara en un sofá mientras él oprimía su mano

RECUADRO 12-1

Breve biografía de Sigmund Freud

Sigmund Freud nació en Austria (en un área que más tarde se volvería parte de Checoslovaquia) el 6 de mayo de 1856. La mayor parte de su infancia la pasó en Viena. Era el mayor de siete hijos. Después de una educación clásica, comenzó estudios médicos en la Universidad de Viena y recibió título de médico en 1881. Después de un breve periodo en investigación, comenzó una práctica privada, aun cuando ese trabajo no era de gran interés para él. Al menos tres cosas lo ayudaron a tomar esta decisión. Primero, sabía que como judío tenía poca oportunidad para avanzar en un ambiente académico de investigación en que abundaban los sentimientos antisemíticos. Segundo, no parecía probable que sus esfuerzos en la investigación le produjeran muchos ingresos. Tercero, se había enamorado de Martha Bernays. Igual que en la actualidad, el matrimonio requería dinero y Freud tenía muy poco. En consecuencia, decidió abrir una práctica como neurólogo. Su matrimonio con Martha produjo seis hijos, uno de los cuales, Anna, se volvería también una psicoanalista famosa.

Por esa época, Freud comenzó una colaboración breve pero muy productiva con Josef Breuer, un renombrado médico en Viena. Juntos buscaban una explicación para el descubrimiento de Breuer de la "curación con la conversación", método por el cual se aliviaban los problemas neuróticos de un paciente con sólo hablar de ellos. En 1895, publicaron *Estudios sobre la histeria*, un tratado psiquiátrico decisivo. Un poco después, tuvieron una riña por razones que no están claras por completo. Algunos sugieren que el problema fue un desacuerdo por dinero, mientras otros creen que tuvo que ver con la alarma de Breuer por el creciente énfasis de Freud en factores sexuales como una causa de la histeria.

La obra más aclamada de Freud, *La interpretación de los sueños*, apareció en 1900, coronando una década de trabajo notablemente productiva. Al comenzar el siglo XX su estatura profesional iba en crecimiento y su trabajo había comenzado a atraer a un grupo de seguidores dedicados. Varios de estos conversos más tarde dejaron el campo freudiano ortodoxo para desarrollar sus teorías psicoanalíticas. Entre éstos son notables Alfred Adler, Carl Jung y Otto Rank. Freud se convirtió en una verdadera figura internacional cuando, en 1909, fue invitado a dar una conferencia en la Universidad Clark en Estados Unidos.

Siguieron muchos libros y artículos. Pero también el hostigamiento nazi en la década de los treinta. Quemaron sus libros y lo convirtieron en un blanco antisemítico escogido. Por último, se le permitió emigrar a Inglaterra. En sus últimos años, padeció cáncer en la mandíbula, experimentaba grandes dolores y se sometió a unas 32 operaciones. Fumador empedernido de puros, periódicamente los dejaba, pero nunca por completo. Murió en Inglaterra en septiembre de 1939.



Photo-Researchers

contra su frente. Más tarde, Freud encontró que colocar su mano en las frentes de sus pacientes y pedirles que recordaran hechos que rodeaban el origen del síntoma era igual de efectivo que la hipnosis. Pronto dejó de hacerlo y tan sólo les pedía que hablaran sobre cualquier cosa que les viniera a la mente. Éste fue el comienzo de lo que llegó a conocerse como método de asociación libre.

Perspectiva freudiana: una revisión breve

Una suposición importante en la teoría freudiana, el *determinismo psíquico*, sostiene que todo lo que hacemos tiene significado y propósito y está dirigido a una meta. Esta opinión permite al psicoanalista utilizar una cantidad excepcionalmente grande de datos en la búsqueda de las raíces del comportamiento y problemas del paciente. El comportamiento mundano, el comportamiento extraño, el sueño y los lapsus tienen importancia y significado.

Para explicar muchos aspectos del comportamiento humano, Freud también asumió la existencia de la *motivación inconsciente*. Su uso de esta suposición fue más extenso que el de cualquier teórico anterior y le permitió explicar mucho de lo que antes se resistía a una explicación. Antes que nada, el analista asume que el comportamiento saludable es una conducta a través de la cual la persona entiende la motivación. Las causas importantes del comportamiento perturbado son inconscientes. Por consiguiente, la meta de la terapia es hacer consciente lo inconsciente.

Los instintos. Dos conjuntos de instintos brindan la energía que hace funcionar la máquina humana: los *instintos de vida (Eros)* y los *instintos de muerte (Tanatos)*. Los instintos de vida son la base para todos los aspectos positivos y constructivos del comportamiento; incluyen impulsos corporales como el sexo, el hambre y la sed, al igual que los componentes creativos de la cultura, como el arte, la música y la literatura. Pero todas estas actividades pueden servir también para fines destructivos. Cuando sucede esto, los instintos de muerte son responsables. En la práctica, los analistas modernos ponen escasa atención a los instintos de muerte. Sin embargo, Freud los encontró necesarios para explicar el lado oscuro del comportamiento humano (el comportamiento compulsivamente autodestructivo del neurótico, nuestra incapacidad para evitar guerras, etc.). En cualquier caso, para Freud la explicación última de todo el comportamiento era instintiva, aun cuando los instintos que él planteaba no son observables, no pueden medirse y a menudo parecen explicar más los hechos que ocurren después que los que ocurren antes.

Estructura. El psicoanálisis considera a la personalidad compuesta de tres estructuras básicas: el ello, el yo y el superyó. El *ello* representa la porción profunda e inaccesible de la personalidad. Obtenemos información sobre éste por medio del análisis de los sueños y de varias formas de comportamiento neurótico. El ello no tiene intercambio con el mundo externo, es la realidad psíquica verdadera. Dentro del ello residen los impulsos instintivos, con su deseo de gratificación inmediata. El ello carece de valores, ética o lógica. Su propósito esencial es alcanzar la gratificación libre de impulsos cuyo origen reside en los procesos somáticos. Su meta es lograr un estado libre de toda tensión o, si ésta es inalcanzable, mantener el nivel tan bajo como sea posible.

Se dice que el ello obedece al *principio del placer* y trata de descargar la tensión tan rápido como ésta lo alcanza. Para hacerlo, utiliza una especie de pensamiento de *proceso primario*, gastando energía de inmediato en actividad motora (por ejemplo, una hinchazón de la vejiga que produce una micción inmediata). Más tarde, el ello remplaza este aspecto del proceso primario por otra forma. Fabrica una imagen mental de cualquier cosa que disminuya la tensión (por ejemplo, el hambre genera una representación mental de comida). El sueño se considera un ejemplo excelente de esta forma del proceso primario. Por supuesto, este proceso primario no puede proporcionar gratificaciones reales, como comida. Debido a esta incapacidad, se desarrolla un segundo proceso, en que entra a escena el segundo componente de la personalidad: el yo.

El *yo* es el ejecutivo de la personalidad. Es un sistema racional organizado que utiliza la percepción, el aprendizaje, la memoria, etc., al servicio

de la satisfacción de necesidades. Surge de las inadecuaciones del ello para servir y preservar al organismo. Opera de acuerdo con el *principio de la realidad*, difiriendo la gratificación de los impulsos instintivos hasta que se descubre un objeto y modo adecuados. Para esto, emplea el *proceso secundario*, un proceso que supone aprendizaje, memoria, planeación, juicio, etc. En esencia, la función del yo es mediar las demandas del ello, el superyó y el mundo real en una forma que proporcionará satisfacción al organismo y al mismo tiempo impedirá que sea destruido por el mundo real.

El tercer componente de la personalidad es el *superyó*. Se desarrolla del yo durante la infancia; surge de la resolución del *complejo de Edipo* (la atracción sexual del niño hacia el padre del sexo opuesto). Representa los ideales y valores de la sociedad en la forma en que se transmiten al menor por medio de las palabras y las acciones de los padres. Estos ideales y valores también son transmitidos por medio de recompensas y castigos. El comportamiento castigado se incorpora en la *conciencia* del individuo, mientras que el comportamiento recompensado por lo general se vuelve parte del *ideal del yo*. Por tanto, dentro del superyó la conciencia a la larga cumple el propósito de castigar a los individuos haciéndolos sentir culpables o inútiles, mientras que las recompensas del ideal del yo se experimentan como orgullo y una sensación de mérito. En general, la función del superyó es bloquear los impulsos inaceptables del ello, presionar al yo para servir a los fines de la moralidad en lugar de los de la conveniencia y generar esfuerzos hacia la perfección.

Etapas psicosexuales. Como muchos otros teóricos, Freud consideró que la infancia era de vital importancia en el moldeamiento del carácter y personalidad del individuo. Creía que cada persona pasa por una serie de etapas de desarrollo denominadas *etapas psicosexuales*, cada una marcada por la participación de una zona erógena particular del cuerpo (en especial durante los primeros cinco años de vida). La *etapa oral*, la cual dura alrededor de un año, es un periodo en que la boca es el medio principal para alcanzar satisfacción. Es seguida por la *etapa anal*, en que la atención se centra en la defecación y la micción; esta etapa puede abarcar de los seis meses a los tres años. A continuación está la *etapa fálica* (de los tres a los siete años), durante la cual los órganos sexuales se convierten en la fuente principal de gratificación. Después de estas llamadas etapas pregenitales, el niño entra en la *etapa de latencia*, la cual se caracteriza por una falta de actividad sexual manifiesta y, de hecho, por una orientación casi negativa hacia todo lo sexual. Esta etapa puede extenderse de alrededor de los cinco a los 12 años más o menos. Después del inicio de la adolescencia, comienza la *etapa genital*. De manera ideal, esta etapa culminará en una expresión madura de la sexualidad, suponiendo que el yo ha manejado los impulsos sexuales con éxito.

Cuando el menor experimenta dificultades en cualquier etapa, estas dificultades pueden expresarse en síntomas de desadaptación, en especial cuando los problemas son graves. La frustración o la indulgencia excesiva en cualquier etapa psicosexual conducirá a problemas. La etapa particular en que se encuentra una gratificación o frustración excesiva determinará la naturaleza de los síntomas. Por tanto, los síntomas obsesivo-compulsivos significan que el individuo no logró negociar bien la etapa anal, mientras que las necesidades de dependencia excesiva en un adulto sugieren la influencia de la etapa oral. Freud creía que todas las personas manifiestan una formación de carácter particular, la cual no siempre puede ser neurótica pero representa perpetuaciones de impulsos infantiles originales, ya sea como sublimaciones de estos impulsos o como formaciones reactivas contra ellos. Los ejemplos incluirían manías alimentarias o patrones de habla puristas, una mojigatería o disgusto por la suciedad de carácter anal y una modestia excesiva de carácter fálico.

Ansiedad. Las circunstancias que dan paso a la formación del yo, y más tarde al superyó, producen una experiencia afectiva dolorosa llamada *ansiedad*. Las respuestas exageradas del corazón, los pulmones y otros órganos internos son percibidas y experimentadas como ansiedad. Hay tres clases generales de ansiedad. La primera es *ansiedad por la realidad*, la cual se basa en un peligro real del mundo exterior. La *ansiedad neurótica* surge de un temor de expresar los impulsos del ello sin obstáculos y que, por tanto, produzcan a problemas en el

ambiente. La *ansiedad moral* surge de un temor de que uno no se conformará a las normas de la conciencia. Lo que identifica y define estas ansiedades es la fuente más que la calidad de la experiencia de ansiedad. La función esencial de la ansiedad es servir como una señal de advertencia para el yo de que deben iniciarse ciertos pasos para sofocar el peligro y proteger al organismo.

Defensas del yo. Ya hemos observado que el yo usa el proceso secundario de memoria, juicio y aprendizaje para solucionar problemas y evitar amenazas ambientales. Pero tales medidas son menos utilizables cuando las amenazas surgen del interior de la persona. Cuando uno teme la ira del superyó o los apetitos desatados del ello, ¿a dónde voltea uno? La respuesta se encuentra en las *defensas del yo*, o como son llamadas en ocasiones, *mecanismos de defensa*. En ninguna parte fue más evidente el genio de Freud que en su capacidad para abstraer los mecanismos de defensa de las verbalizaciones a menudo inconexas e ilógicas de sus pacientes. Estos mecanismos por lo general se consideran patológicos debido a que desvían la energía psíquica de actividades más constructivas y al mismo tiempo distorsionan la realidad. Todos los mecanismos de defensa operan en forma activa e involuntaria, sin conocimiento de la persona.

La defensa básica del yo es la *represión*. Ésta puede describirse como el destierro de la conciencia de material sexual o agresivo muy amenazador. En algunos casos, el proceso opera impidiendo que el impulso ofensor llegue a la conciencia en primer lugar. La *fijación* ocurre cuando la frustración y la ansiedad de la siguiente etapa psicosexual son tan grandes que el individuo permanece en su nivel presente de desarrollo psicosexual. La *regresión* es un regreso a una etapa que antes proporcionó una gran cantidad de gratificación; ésta puede ocurrir después de una frustración extensa. Se dice que la *formación reactiva* ocurre cuando un impulso inconsciente se expresa en forma consciente por su opuesto conductual. Por tanto "te odio" se expresa como "te amo". La *proyección* se revela cuando los sentimientos inconscientes de uno no son atribuidos a uno mismo sino a otro. Por tanto, el sentimiento "te odio" se transforma en "tú me odias".

De la teoría a la práctica

Como se mencionó antes, las experiencias de Breuer con Anna O. lo llevaron al descubrimiento de la "curación con la conversación". Esto, a su vez, se transformó en la asociación libre durante el trabajo de Freud con Elisabeth. La *asociación libre* tan sólo significa que el paciente dirá todo y cualquier cosa que se le ocurra sin importar lo inadecuado, ridículo, tonto o repugnante que pueda parecer. Freud también se percató de que Anna había transferido a Breuer muchos de los sentimientos que en realidad se aplicaban a hombres significativos en su vida. Esta noción de *transferencia* con el tiempo se volvería una herramienta de diagnóstico valiosa durante la terapia para comprender la naturaleza de los problemas del paciente, en especial los inconscientes.

Por medio de la hipnosis, Freud aprendió que los pacientes podían revivir sucesos traumáticos asociados con el inicio del síntoma histérico. En algunos casos, este revivir servía para liberar energía que antes se había reprimido. Esto llegó a conocerse como *catarsis*, una liberación de energía que a menudo tenía beneficios terapéuticos importantes. En su trabajo con Elisabeth, Freud también presenció *resistencia*, un rechazo general a discutir, recordar o pensar en acontecimientos que son problemáticos o amenazadores en particular. Vio esto como una especie de defensa, pero más tarde también la analizó como represión: el destierro involuntario de un pensamiento o impulso al inconsciente. El *inconsciente*, por supuesto, es el área de la mente inaccesible al pensamiento consciente.

El papel de la introspección (insight)

La meta última de la intervención psicoanalítica es la eliminación de problemas neuróticos debilitantes. Pero el credo inquebrantable del terapeuta psicoanalítico tradicional es, a final de cuentas, que la única forma final y efectiva de hacer esto es ayudar al paciente a lograr la introspección. ¿Qué significa introspección (insigth)? Significa la comprensión total de los determinantes inconscientes

FIGURA 12-1 Consultorio de Freud
The Bettman Archive. © CORBIS.



de los sentimientos, pensamientos o comportamientos irracionales que producen la miseria personal de uno. Una vez que se confrontan y se entienden en forma plena estas razones inconscientes, desaparecerá la necesidad de defensas y síntomas neuróticos. Todas las técnicas descritas más adelante en este capítulo tienen como propósito último la facilitación del insigth.

Un análisis que culmina con el insigth es lento, tedioso y a menudo muy prolongado. Un análisis ortodoxo no se mide en semanas o meses sino en años. Esto es porque no se hace saber al paciente, por ejemplo, que los sentimientos inconscientes de hostilidad y competitividad hacia un padre que murió hace mucho están causando los arrebatos presentes contra amigos, un jefe o compañeros de trabajo. En un nivel intelectual, el paciente puede conceder con facilidad esta interpretación, pero no es probable que el inconsciente se vea muy afectado por esta información estéril. El paciente debe experimentar en realidad la hostilidad inconsciente. Esto puede suceder por medio del proceso de transferencia; las experiencias anteriores asociadas con el padre pueden vivirse de nuevo conforme comienza a ocurrir una competencia con el terapeuta. El analista empieza a parecerse a ese padre que falleció hace años y todas las antiguas reacciones comienzan a inundar al sujeto de nuevo. Conforme el terapeuta comienza a representar a alguien más (el padre), las viejas emociones son vueltas a experimentar y luego evaluadas de nuevo. De esto surge una introspección más profunda.

Entonces se trae a la conciencia del paciente el verdadero significado de esta introspección por el *proceso de exploración*. Éste se refiere a un examen cuidadoso y repetido de la forma en que han operado los conflictos y defensas en muchas áreas de la vida. Puede lograrse poco con una simple interpretación de que la pasividad y desamparo de uno son una forma inconsciente de agresión. Una vez que se establece con firmeza la base para la interpretación, debe repetirse una y otra vez. Hay que enfrentar al paciente con la introspección aplicada a las relaciones con su cónyuge, un amigo o un supervisor y, sí, incluso con la forma en que afecta a sus reacciones hacia el terapeuta. Debe ayudarse a los pacientes a explorar todos los aspectos de su vida con esta introspección. Esto no es muy diferente a aprender un principio en una clase de física. El principio sólo comienza a cobrar vida real e importancia cuando uno ve que no sólo se aplica en un laboratorio sino en todas partes: en los motores de los automóviles, en la construcción de casas, en el beisbol, etc. Así pasa con el insigth. Cobra vida cuando se vuelve dolorosamente claro ejemplo tras ejemplo cómo ha afectado la vida y las relaciones de uno. Se debe en parte a este extenso periodo de exploración que dure tanto el psicoanálisis tradicional: tres a cinco sesiones de terapia por semana durante tres a cinco años, y en ocasiones mucho más.

Técnicas de psicoterapia psicodinámica

El analista considera los síntomas de neurosis como signos de conflicto entre el ello, el yo, el superyó y las demandas de la realidad. Una fobia,

un rasgo de carácter indeseable y una dependencia excesiva de los mecanismos de defensa son signos de un problema más profundo. El síntoma, entonces, indica un problema inconsciente que necesita resolución. Es obvio que si los pacientes pudieran resolver sus problemas solos, no necesitarían terapia. Pero la naturaleza de los problemas y defensas inconscientes hace que sea difícil en extremo la autocuración. Disolver las defensas y confrontar al inconsciente en una relación terapéutica es todo el propósito del psicoanálisis. A lo largo de los años se han desarrollado muchas variaciones en las técnicas. Sin embargo, en casi todas estas variaciones el énfasis básico está en la disolución de las represiones por medio del reanálisis de la experiencia previa. La meta fundamental sigue siendo librarse de la opresión del inconsciente por medio del insigth.

Asociación libre

Una regla cardinal en el psicoanálisis es que el paciente debe decir cualquier cosa y todo lo que le venga a la mente. Esto no es tan fácil para el sujeto como podría parecer a primera vista. Requiere que deje de censurar o filtrar pensamientos que son ridículos, agresivos, vergonzosos o sexuales. Toda nuestra vida aprendemos a ejercer control consciente sobre dichos pensamientos para protegernos y proteger a los demás. Sin embargo y de acuerdo con Freud, si el terapeuta ha de liberar a los pacientes de la tiranía de su inconsciente y por tanto liberarlos de sus síntomas y otros comportamientos indeseables, resulta esencial este tren de asociaciones libres sin censura. A partir de él, paciente y terapeuta pueden comenzar a descubrir las bases que han permanecido ocultas durante mucho tiempo de los problemas del paciente.

De manera tradicional, el psicoanalista se sienta detrás del paciente, quien se recuesta en un sofá. En esta posición, el analista no se encuentra en la línea de visión del sujeto y no será probable que obstaculice la sucesión asociativa. Otra razón para sentarse detrás del cliente es que permanecer bajo su mirada fija durante seis o más horas al día puede ser bastante cansado para el analista. El propósito del sofá es ayudar al paciente a relajarse y facilitar la asociación libre.

El psicoanalista asume que una asociación conducirá a otra. Conforme continúa el proceso, uno se acerca cada vez más a los pensamientos e impulsos inconscientes. Cualquier conjunto aislado de asociaciones puede no ser tan claro. Pero a lo largo de muchas sesiones comienzan a surgir patrones de asociaciones y el analista puede empezar a encontrarles sentido a través de sus temas repetitivos. En cierto sentido, las asociaciones libres no son "libres" en absoluto, sino resultado de fuerzas inconscientes que determinan la dirección de las asociaciones de uno. A menudo, pero no siempre, estas asociaciones conducen a recuerdos y problemas de la infancia. Estos recuerdos de experiencias que se habían olvidado hace mucho dan claves al analista sobre la estructura de la personalidad y su desarrollo.

Análisis de los sueños

Una técnica relacionada es el *análisis de los sueños*. Se piensa que los sueños revelan la naturaleza del inconsciente debido a que se considera que están muy cargados con deseos inconscientes, aunque en forma simbólica. Los sueños se ven como satisfacciones simbólicas de los deseos que a menudo proporcionan, como las asociaciones libres, claves importantes respecto de los deseos y sentimientos infantiles. Durante el sueño, las defensas habituales de uno están relajadas y puede surgir material simbólico. Por supuesto, la censura del yo no se elimina por completo durante el sueño, o el material del ello se volvería tan amenazador que la persona despertaría de inmediato. En cierto sentido, los sueños son una forma de que las personas estén en misa y repicando también. El material del sueño es lo bastante importante como para proporcionar alguna gratificación al ello; pero por lo general no es tan amenazador como para aterrorizar al yo. Sin embargo, en algunos casos este escenario no es aplicable y ocurren sueños traumatizantes.

El *contenido manifiesto* de un sueño es lo que sucede en realidad durante el mismo. Por ejemplo, puede ser que le presentan a uno dos enormes conos de helado de aspecto delicioso. El *contenido latente* de un sueño es su significado simbólico. En el ejemplo anterior, quizá hay un mensaje acerca de la necesidad de gratificación oral o un anhelo de regresar al seno materno.

A fin de llegar al contenido latente, a menudo se alienta al paciente a que haga asociaciones libres respecto de un sueño con la esperanza de obte-

RECUADRO 12-2

Autoanálisis de Freud

Para apoyar su idea de que las personas están motivadas por deseos sexuales que se remontan hasta su infancia, Freud se basó en los resultados de su análisis.

El padre de Freud murió en 1896. Esto lo perturbó mucho, aun cuando su padre era viejo y estaba enfermo. De hecho, Freud se puso ansioso y se deprimió en extremo, tanto que su trabajo se vio obstaculizado severamente. Se perturbó tanto por sus reacciones que decidió emprender un autoanálisis detallado, basándose en sus sueños, asociaciones y comportamiento.

Un sueño infantil en particular parecía importante. Era un sueño que Freud recordaba haber tenido cuando contaba con siete u ocho años de edad. Treinta años después, lo interpretó. En su sueño, veía a su "amada madre, con un semblante aletargado, peculiarmente tranquilo, llevada a su habitación y colocada en la cama por dos (o tres) personas con picos de aves" (Freud, 1938, p. 522). Sus asociaciones libres lo llevaron a la idea de muerte y a una expresión en el rostro de su abuelo poco antes de su muerte. Éste era un sueño compuesto, entonces, que combinaba elementos de su madre y de su abuelo. De aquí sus asociaciones lo condujeron a la idea de un padre moribundo. Entonces Freud se percató para su consternación que inconscientemente había albergado deseos hostiles hacia su padre cuando era niño. Asociaciones adicionales (por ejemplo, la palabra en jerga alemana para relaciones sexuales se derivaba de la palabra alemana para ave) lo condujeron de forma inevitable a la conclusión de que sus impulsos sexuales infantiles estaban dirigidos hacia su madre. Así que las luchas edípicas inconscientes que había interpretado con tanta frecuencia en sus pacientes eran igual de ciertas para él.

ner un insigth sobre su significado. Por lo general, el contenido manifiesto es una amalgama de desplazamiento, condensación, sustitución, simbolización o falta de lógica. No es fácil separar todo esto y encontrar el significado latente. La asociación libre ayudará en esta búsqueda, pero no siempre es evidente el significado de un solo sueño. El significado real de un sueño en la vida de un individuo puede volverse claro sólo con el análisis de una serie completa de sueños. Otro problema es que los pacientes a menudo distorsionan el contenido real de un sueño mientras lo relatan durante la sesión analítica. Por tanto, el analista no sólo ha de hurgar para encontrar el significado simbólico, sino que tiene la carga adicional de las defensas del paciente en vigilia que luchan por frustrar la meta de la comprensión. Para muchos analistas, los sueños no ofrecen claves finales inevitables de la dinámica del paciente; más bien, son claves que ayudan al terapeuta a formular hipótesis que se pueden validar o invalidar con más información. Un ejemplo de la forma en que los sueños y las asociaciones libres van de la mano se muestra en una breve descripción del autoanálisis de Freud (recuadro 12-2).

Psicopatología de la vida cotidiana

El análisis sensible de Freud (1901/1960) de la "psicopatología de la vida cotidiana" ilustra otro método importante para obtener acceso al inconsciente. Desde el punto de vista de Freud, todo está determinado, no hay accidentes. Los lapsus al hablar y la cita olvidada no son simples errores; más bien, representan la expresión consciente de un deseo inconsciente. Estos pequeños errores de la vida cotidiana son como sueños en el sentido de que los impulsos sexuales y agresivos reciben gratificación parcial aun cuando interfieran con nuestras vidas en formas menores. Cuando el paciente comete dichos errores en la terapia o recuenta durante ésta errores cometidos fuera

del consultorio, ofrece datos adicionales al terapeuta para evaluar sus problemas. En algunos casos, el significado del error no es evidente con facilidad y debe pedirse al paciente que haga asociaciones libres sobre el error. Estas asociaciones, más la interpretación del terapeuta, pueden ayudar a dar al paciente introspección adicional.

Resistencia

Durante el curso de la psicoterapia, el paciente intentará evitar los esfuerzos por disolver los métodos neuróticos de resolver problemas. Esta defensa característica, mencionada antes, se llama resistencia. Los pacientes son reacios a abandonar comportamientos que han estado funcionando, aun cuando estos comportamientos pueden causar una gran aflicción —la aflicción que condujo a los pacientes a buscar ayuda en primer lugar—. Además, los pacientes encuentran los temas dolorosos difíciles de contemplar o discutir. Por ejemplo, un paciente varón que siempre ha temido a su padre o ha sentido que no está a la altura de los estándares de él, puede no desear discutir o siquiera recordar asuntos relacionados con su padre. Aunque se espera cierta cantidad de resistencia de la mayoría de los pacientes, cuando ésta se vuelve suficiente para retardar el progreso de la terapia, el terapeuta debe reconocerla y tratarla.

La resistencia adopta muchas formas. Los pacientes pueden comenzar a hablar menos, a hacer pausas más largas o a informar que sus mentes están en blanco. Los silencios prolongados también son frecuentes. En ocasiones un paciente puede hablar de manera repetida sobre algún punto o volver una y otra vez sobre el mismo material. La terapia puede convertirse en una arena para discutir problemas como el desempleo o los impuestos; asuntos importantes, pero difícilmente aquellos que llevaron a terapia al sujeto. Algunas personas pueden intelectualizar sobre los méritos relativos de los gritos primitivos frente a los maratones nudistas o incluso sobre el efecto de la infancia de Freud en el desarrollo subsiguiente del psicoanálisis. Si el sujeto sabe que el terapeuta tiene una inclinación por los sueños, entonces puede inundar al terapeuta con material onírico. En algunos casos, los sentimientos o ideas del paciente acerca del terapeuta pueden comenzar a dominar las sesiones. Esto puede ser muy adulador hasta que el terapeuta se percata de que este interés es sólo un modo de evitar los problemas reales. Otra manifestación de la resistencia es la tendencia a omitir o censurar cierta información.

La resistencia también se evidencia cuando un paciente llega tarde de manera constante, cancela citas sin una buena razón, olvida reuniones y detalles por el estilo. El terapeuta puede comenzar también a notar que una variedad de acontecimientos "reales" en la vida del paciente parecen conspirar contra las sesiones. Por ejemplo, el paciente puede empezar a perder citas por una sucesión de enfermedades físicas o puede pedir en forma constante cambio de horario a fin de enfrentar una crisis diaria tras otra.

Casi cualquier cosa puede volverse una forma de resistencia. Conforme se abordan las defensas del paciente, en ocasiones hay una intensificación de los síntomas. Pero también puede ocurrir lo opuesto, así que se presenta un auténtico "vuelo hacia la curación": el sujeto mejora. En el primer caso, casi es como si dijera "No me haga enfrentar estas cosas, estoy empeorando". En el segundo caso, el paciente está diciendo "Vea, no necesito enfrentar estos asuntos, estoy mejorando". Otro método es la "expresión emocional inconsciente" —por muchos conocida por su término en inglés: *acting out*—. Aquí la persona intenta escapar de la ansiedad generada en la terapia entregándose a actos irracionales o empeñándose en un comportamiento peligroso en potencia. Por ejemplo, un súbito interés en el alpinismo o en el uso de cocaína o heroína. Otros más se refugian en la "intelectualización". Las experiencias o recuerdos son despojados de su contenido emocional y son disecados en forma calmada y racional. Todo se vuelve frío e indiferente. Perder el empleo se vuelve una ocasión para una discusión intelectual compleja de las condiciones económicas o del cambio a la alta tecnología. Los sentimientos se ignoran y la experiencia se maneja por medio de una huida hacia la racionalidad.

De un modo u otro, la resistencia continúa a lo largo del curso de la terapia. En cierto sentido, es un impedimento para la resolución rápida de los conflictos neuróticos. Pero en otro, es la tarea central del tratamiento. Es probable que la resistencia que continúa refleje lo que ha sucedido en la vida real. Si la resistencia durante la terapia puede ana-

lizarse y se hace entender al paciente su verdadera función, entonces no será tan probable que tales defensas operen fuera del consultorio del terapeuta. A continuación se presenta un ejemplo de la forma en que un terapeuta enfrenta el problema de la resistencia.

Un caso ilustrativo de resistencia

Se había tratado a la esposa de un ministro por varios meses. En la sesión anterior, se hizo una serie de interpretaciones respecto de su tendencia a ver a su esposo y no a ella como responsable de su adaptación sexual insatisfactoria.

Terapeuta: No parece responder mucho hoy.

Paciente: No tengo mucho en la mente.

Terapeuta: Parece casi impaciente.

Paciente: Estaba pensando sólo en lo estúpidamente pequeña que es esta oficina. Es tan opresiva.

Terapeuta: Es extraño. Nunca lo había comentado hasta ahora.

Paciente: Nunca había pensado en ello hasta ahora.

Hay un largo silencio durante el cual la paciente ve su reloj dos veces. Por último, el terapeuta rompe el silencio.

Terapeuta: Me pregunto si todo esto tiene algo que ver con lo que discutimos la última vez.

Paciente: Sabía que iba a decir eso. Bueno, no lo creo porque no puedo recordar de qué hablamos.

Terapeuta: ¿Es cierto eso? (Sonriendo)

Paciente: Bueno... de hecho... bueno, creo que es culpa de mi esposo. Puede ser muy agresivo. Con otras personas parece muy paciente y comprensivo, pero...

La sesión continúa y se hace una mayor exploración de las actitudes sexuales de la paciente.

Transferencia

Un fenómeno clave en la terapia psicoanalítica, como hemos visto, es la transferencia. En un grado u otro, la transferencia opera en la mayor parte de las modalidades individuales de la psicoterapia verbal. Ocurre cuando el paciente reacciona ante el terapeuta como si éste representara alguna figura importante de su infancia. Pueden transferirse tanto sentimientos positivos como negativos. En resumen, los conflictos y problemas que se originaron en la infancia son restablecidos en la sala de terapia. Esto no sólo proporciona claves importantes respecto de la naturaleza de los problemas del paciente, sino también una oportunidad para que el terapeuta interprete la transferencia en una situación inmediata y vital. Muchas características de la sesión psicoanalítica —que el paciente esté acostado en un sofá sin ver de frente al analista, que éste no dé consejos ni revele información personal— sirven para fomentar el establecimiento de la transferencia.

La transferencia positiva a menudo es responsable de lo que parece ser una mejoría rápida en las etapas iniciales de la terapia. Estar en una relación segura y confiable con una autoridad informada puede producir una mejoría rápida pero superficial. Más tarde, conforme se desafían las defensas del paciente, es probable que se desvanezca esta mejoría y puede inmiscuirse una transferencia negativa marcada.

La transferencia puede adoptar muchas formas. Puede reflejarse en comentarios acerca de la ropa del terapeuta o del mobiliario del consultorio. Puede adoptar la forma de comentarios directos de admiración, desagrado, amor o ira. Puede asumir el disfraz de un ataque a la eficacia de la psicoterapia o una postura dependiente de desamparo. El punto importante es que estas reacciones no reflejan realidades actuales sino que tienen sus raíces en la infancia. Es demasiado fácil ver cada reacción del paciente como una manifestación de transferencia. Sin embargo, el terapeuta en verdad sensible puede separar las reacciones que tienen algún sustento en la realidad de aquellas que son de carácter neurótico.

Básicamente, tanto la transferencia positiva como la negativa son formas de resistencia. Por medio de la interpretación, se ayuda al paciente a reconocer la naturaleza irracional y los orígenes de los sentimientos de transferencia. Con la interpretación y el análisis repetidos, éste puede empezar a controlar estas reacciones en la sala de terapia y aprender a generalizar dicho control al mundo real.

Interpretación

La interpretación es la piedra angular de casi todas las formas de psicoterapia dinámica. Aunque el contenido puede variar de manera significativa, dependiendo de la afiliación teórica del terapeuta, el acto de interpretar quizá es la técnica más común entre todas las formas de psicoterapia. Desde la perspectiva del psicoanalista, la *interpretación* es el método por el que se revela el significado inconsciente de los pensamientos y el comportamiento. En un sentido más amplio, es un proceso por el que puede inducirse al paciente a ver sus pensamientos, comportamiento, sentimientos o deseos de una manera diferente. Es un método calculado para liberarlo de las trabas de las formas antiguas de ver las cosas; formas que han conducido a sus problemas actuales en la vida. Es un método primordial para producir introspección. Por supuesto, el insigth o cambio conductual significativos rara vez surgen de una sola interpretación. Más bien, es un proceso repetitivo lento en que el significado esencial detrás de ciertos comportamientos, pensamientos y sentimientos es señalado en forma repetida al paciente en un contexto tras otro.

El siguiente estudio de caso ilustra el proceso interpretativo.

Un caso ilustrativo de interpretación

Este intercambio ocurrió durante la quincuagésima sesión de psicoterapia con la esposa de un profesor universitario —la mujer tiene 27 años—. En sesiones anteriores, había descrito lo inadecuada que era su relación sexual. En sesiones más recientes, también había comenzado a comentar lo mucho que ella y su esposo compartían la creencia de que la suya era una relación franca, abierta y comunicativa. En algún momento antes de la sesión presente, ella había hecho un viaje de dos días para asistir a una convención en una ciudad cercana. En el primer día de la convención conoció a un hombre y pronto se había ido a la cama con él. Después, se retrasó varios días su periodo. Esto la convenció de que estaba embarazada. Sospechando que factores emocionales podrían haber demorado su periodo, su terapeuta le sugirió que esperara a decírselo a su esposo hasta que estuviera segura. Ella no hizo caso de esta sugerencia y le contó todo a su esposo. Al siguiente día comenzó su periodo.

Paciente: Bueno, le dije todo a Dick. Dios mío, fue muy molesto.

Terapeuta: ¿Qué sucedió luego?

Paciente: Lo tomó mejor de lo que pensé. En realidad fue comprensivo. No tanto como para perdonarme, sólo tranquilo y comprensivo. Y ahora ni siquiera estoy embarazada. ¿Puede superar esto? Pero creo que en realidad hice más sólida nuestra relación y podemos continuar desde aquí.

Terapeuta: ¿Espera que Dick sea tan comprensivo?

Paciente: No estoy segura de saber qué esperar. Supongo que creo que estará molesto como el demonio, ¿pero qué otra cosa podía hacer? Sé que el episodio en la convención fue ridículo, pero tenía que averiguar si todavía era posible que disfrutara en realidad del sexo.

Terapeuta: ¿Fue así?

Paciente: Sí, en verdad lo fue. Ahora lo sé y en cierta forma me siento magnífica.

Terapeuta: Y ahora Dick lo sabe y en cierta forma no se siente tan bien. Ésta podría ser la razón por la que estaba tan ansiosa de decírselo todo.

En este estudio de caso, el terapeuta utilizó sus comentarios finales para fomentar la comprensión de parte de la paciente. Al llamar la atención sobre la posibilidad de que su comportamiento podría haber sido una forma de herir al esposo, el terapeuta estaba buscando que la paciente reexaminara sus opiniones sobre sí misma, su relación conyugal y sus motivos. Su interpretación estaba dirigida a una parte central de los problemas de la paciente. Es importante enfatizar que las interpretaciones no se desparraman como confeti. Más bien, se limitan a áreas importantes en la vida, aquellas que se relacionan en forma directa con los problemas que el terapeuta intenta resolver.

Es mejor ofrecer una interpretación cuando ya está cerca de la conciencia del paciente. Además, ésta debe ofrecerse cuando va a despertar suficiente ansiedad como para lograr la contempla-

ción seria del paciente pero no tanta que éste la rechace. Aunque en ocasiones se ha sabido que los terapeutas hacen interpretaciones como tiros en la oscuridad, por lo general es sensato estar razonablemente seguros del blanco antes de disparar la salva. Es probable que sea contraproducente estar equivocado, ofrecer una interpretación demasiado pronto o que rebase lo que el paciente está listo para aceptar. Como señala Colby (1951), "Como empujar un columpio en el patio de juegos a la altura de su arco para un momento óptimo, las interpretaciones más oportunas se dan cuando el paciente, ya cerca de sí mismo [sic] sólo requiere un codazo para ayudarle a ver lo hasta ahora inadvertido" (p. 91).

Como regla general, son mejores las dosis pequeñas. Por consiguiente, en lugar de preparar una interpretación grande que incluya los aspectos principales de los conflictos del paciente, es aconsejable aproximarse a los asuntos en forma paulatina a lo largo de un periodo. Uno puede pasar de manera gradual de preguntas a aclaraciones e interpretaciones. Esto permitirá al paciente integrar cada paso. Al efectuar interpretaciones, es importante basarse en lo que el paciente ha dicho, utilizando sus propios comentarios y descripciones para formar el caso interpretativo.

Puede ser difícil determinar si cierta interpretación ha sido efectiva. En ocasiones la respuesta del paciente (por ejemplo, una exclamación sorprendida, ruborizarse, decir "Dios mío, ¡nunca pensé en ello de esta manera!") sugiere que se ha dado en el blanco; pero en otras ocasiones las personas pueden ser evasivas y limitarse a señalar algunas sesiones más tarde lo cierto que fue el comentario del terapeuta. En cualquier caso, es más probable que la prueba real de la utilidad de una interpretación provenga del curso subsiguiente de las sesiones. Incluso una aceptación manifiesta de un paciente en ocasiones puede no ser más que una forma de desviar al terapeuta o erigir una defensa.

Una interpretación psicoanalítica clásica está diseñada para abrir al paciente a formas nuevas de ver las cosas y, a final de cuentas, neutralizar conflictos y defensas inconscientes. Al hacer esto, el terapeuta utiliza asociaciones libres, material onírico, comportamiento que indica resistencia y transferencia, etc. Las interpretaciones pueden variar mucho en función de su complejidad y su agudeza. En ocasiones están diseñadas para ir directo al corazón de los conflictos inconscientes de un paciente. Pero en otras pueden ser poco más que comentarios o preguntas diseñadas para mover al sujeto aunque sea un poco en la dirección del insigth. Quizá deberían denominarse intervenciones verbales en lugar de interpretaciones. Pero todo tiene el potencial de alterar la forma en que piensa o siente un paciente. Estas intervenciones verbales podrían considerarse como una dimensión en función de lo directo que busquen llevar al sujeto a una forma fresca de ver las cosas.

Alternativas psicoanalíticas

La teoría psicoanalítica ha sufrido considerables modificaciones por parte de los neofreudianos, Alfred Adler, Carl Jung, Otto Rank, los analistas del yo y otros. Las contribuciones seminales de Freud permanecieron, pero los énfasis cambiaron a menudo. Jung hizo mucho más de los sueños y procesos simbólicos. Rank elevó el trauma del nacimiento a una posición preeminente. Adler y los neofreudianos subrayaron la importancia de la cultura, el aprendizaje y las relaciones sociales en lugar de las fuerzas instintivas.

Se esperaría que dichas variaciones influyeran en los métodos de terapia. Sin embargo, estos cambios a menudo alteran poco las funciones críticas de la asociación libre, el análisis de los sueños, la interpretación, la transferencia y la resistencia. La función suprema del insigth cambió poco. Ésta logró pasar por todos los métodos psicoanalíticos tradicionales, pero ahora se trataba de la introspección de Horney, Fromm o Sullivan. El síntoma neurótico ya no sólo se veía como arraigado en los impulsos sexuales o agresivos reprimidos; ahora se volvía el resultado de un temor a estar solo o de la inseguridad que acompaña al papel de adulto. En la mayor parte de estas primeras variantes del psicoanálisis, la interpretación permanecía como el ingrediente terapéutico esencial. Lo que a menudo distinguía a estas variantes era el contenido de la interpretación; las formas en que el analista analizaba el material inconsciente.

A lo largo de los años, se han hecho tantos cambios en el psicoanálisis tradicional, que a menudo se dice que quienes ya no ejercen las técnicas freudianas estrictas practican una terapia de "orientación psicoanalítica". Estos cambios incluyen muchos factores. En algunos casos, el número de sesiones analíticas se reduce de cinco por semana a tres, y el proceso de tratamiento puede durar apenas un año y medio (Alexander y French, 1946). El terapeuta ya no se sienta detrás del sofá del paciente sino que ahora a menudo lo hace detrás de su escritorio y el paciente ocupa una silla frente a él. Quizá la forma más fácil de caracterizar estas y otras modificaciones es decir que se ha introducido mayor flexibilidad. Aunque todavía se observan los principios freudianos centrales, el contexto general no es tan rígido. Por ejemplo, los terapeutas con orientación psicoanalítica ya no requieren por completo de la asociación libre. La importancia de los sueños puede reducirse un poco. Pueden utilizarse fármacos e incluso la hipnosis.

Durante muchos años, la sala de terapia fue como un santuario interior. El terapeuta hablaba con el paciente y con nadie más. Ahora, a menudo se consulta a los miembros de la familia o al cónyuge, o en ocasiones se lleva a cabo la terapia con la familia como una unidad. Hay tendencias a poner mucho menos énfasis en el pasado (infancia) y una confrontación más activa con el presente. Incluso la naturaleza de la clientela ha cambiado un poco. Las clínicas o institutos proporcionan ahora algunos servicios terapéuticos a ancianos, miembros de grupos minoritarios y a otros que de manera tradicional no recibían tratamiento psicoanalítico. Han tratado de abrir la terapia a poblaciones no tradicionales. Una vez más, nada de esto pretende negar los principios freudianos; más bien, es una demostración de que los procedimientos de tratamiento freudianos tradicionales no son las únicas técnicas terapéuticas que pueden deducirse de la teoría psicoanalítica freudiana.

Análisis del yo

El movimiento del *análisis del yo*, que se originó desde adentro de la estructura del psicoanálisis tradicional en lugar de surgir como un grupo disidente, sostenía que el psicoanálisis clásico daba demasiada importancia al inconsciente y los determinantes instintivos a expensas de los procesos del yo. Este grupo de teóricos aceptó la función del yo como mediador en el conflicto entre el ello y el mundo real, pero creía que el yo también realizaba otras funciones de suma importancia. Enfatizaron las funciones adaptativas, "libres de conflicto", del yo, incluyendo la memoria, el aprendizaje y la percepción. Estos teóricos incluyen a Hartmann (1939), Anna Freud (1946a), Kris (1950), Erikson (1956) y Rapaport (1953).

La psicoterapia de análisis del yo no se ha apartado de los métodos de terapia usuales, excepto en grado. En cierto sentido, el análisis del yo parece preferir metas de reeducación en lugar de las metas reconstructivas del psicoanálisis ortodoxo. La exploración de la experiencia infantil y la inducción de una neurosis de transferencia parecen ser menos comunes en esta modalidad que en el psicoanálisis clásico. Esta terapia se enfoca más en los problemas contemporáneos de la vida que en un examen masivo del pasado y en su restablecimiento. Además, el terapeuta no sólo debe entender los aspectos neuróticos de la personalidad del paciente, sino también las partes efectivas y la forma en que interactúan con las tendencias neuróticas.

El enfoque de análisis del yo también ha tendido a destacar la importancia de fomentar la confianza del paciente por medio del "restablecimiento de la paternidad" en la relación terapéutica. Este enfoque en ocasiones incluso ve la transferencia como un impedimento para la terapia y trabaja hacia la formación de defensas adaptativas en el paciente (Blanck y Blanck, 1974).

Otros acontecimientos contemporáneos

En particular, el trabajo de Horney, Sullivan y Adler ha sido importante para dar un nuevo giro al psicoanálisis. Del mismo modo, la psicología del yo y las teorías de las relaciones objetales han fomentado un énfasis en la manera en que el paciente se relaciona con otras personas, no en los conflictos entre fuerzas instintivas. Por ejemplo, los teóricos de las relaciones objetales ven la necesidad de formar relaciones con otros como una influencia primaria en el comportamiento humano. Por consiguiente, se centran en la función del amor y del odio, al igual que en la autonomía y

dependencia, en el desarrollo del self. En la psicología del self de Kohut (1977), la tarea central de la maduración no es la negociación exitosa de las etapas psicosexuales, sino el desarrollo de un self integrado.

Las exposiciones de los cambios en las terapias psicoanalíticas recalcan un cambio del enfoque terapéutico al "aquí y ahora" y a los intercambios interpersonales que ocurren dentro de éste (Henry, Strupp, Schacht y Gaston, 1994). Strupp y Binder (1984) han sintetizado algunos de los cambios de desarrollo esenciales en la práctica psicoanalítica. Enfatizan un alejamiento de la recuperación de los recuerdos infantiles y su análisis, a cambio de centrarse en las experiencias emocionales correctivas que ocurren a través de la acción de la relación terapéutica. La relación de transferencia en la forma en que ocurre ahora ayuda a proporcionar los medios para cambios constructivos en las relaciones interpersonales afuera de la sala de terapia.

Psicoterapia psicodinámica breve

Quizás el empuje práctico principal que ha ocurrido en años recientes en la terapia psicodinámica sea el desarrollo de métodos breves (Goldfried, Greenberg y Marmar, 1990; Koss, Butcher y Strupp, 1986). Muchas de estas terapias breves conservan su identidad psicodinámica incluso cuando se emplean en situaciones de emergencia orientadas a las crisis. Esto permite al terapeuta capitalizar el aumento de la motivación del paciente y depender de la relación de transferencia (Goldfried y cols., 1990).

Aunque sería bueno creer que consideraciones en la teoría y/o investigación han dictado el cambio hacia psicoterapias más breves, esto no es así por completo. Una fuerza impulsora importante ha sido un interés creciente en la contención de los costos en los sistemas de atención de la salud (Cummings, 1986). Los aseguradores han estado recortando el número de visitas que reembolsarán a los terapeutas. La contención de los costos también ha proporcionado una competencia indirecta para los psiquiatras, quienes con frecuencia prescriben medicamentos en lugar de psicoterapia. El efecto neto ha sido recurrir a la *psicoterapia breve* para permanecer competitivos desde el punto de vista económico.

Ahora hay varios cientos de marcas de terapia breve. De hecho, la amplia disponibilidad de estos tratamientos ha disminuido la función exclusiva de los psiquiatras y traído a escena muchos terapeutas sin capacitación médica. No todas estas terapias más breves podrían denominarse psicodinámicas, como veremos en capítulos posteriores. En algunos casos, las terapias más cortas son muy parecidas a las técnicas de intervención en crisis. Por último, muchas formas de psicoterapia breve son bastante eclécticas en su enfoque (Garfield, 1989).

Aunque algunos definen 25 sesiones como el límite superior de la terapia breve (Butcher y Koss, 1978), otros indican que el intervalo puede ir de una sesión (Bloom, 1981) hasta 40 o 50 (Sifneos, 1972). Sin embargo, la cuestión parece ser menos el número de sesiones que el racionamiento del tiempo asignado a la terapia (Budman y Gurman, 1983) y el estado mental en el paciente y el terapeuta por igual. La tabla 12-1 presenta algunos de los contrastes de valores entre los terapeutas a largo plazo y aquellos que trabajan a corto plazo.

Las circunstancias cambian rápido en la terapia orientada a las crisis. Por tanto, la búsqueda del insigth no es el proceso pausado de las formas tradicionales de psicoterapia. Se acelera el proceso de exploración. La meta no es la reconstrucción de la personalidad, sino el desarrollo de un ciclo benigno de funcionamiento y el mejor manejo de los problemas cotidianos en la vida. Se alienta la transferencia, pero sobre todo como un medio para asegurar que el terapeuta será percibido como útil, competente y activo.

Las técnicas específicas en la terapia breve son numerosas. Sin embargo, es importante mantener un enfoque claro y específico en metas realistas. Por lo general, el nivel de actividad del terapeuta es alto, y tanto él como el paciente están muy atentos al elemento del tiempo. Es probable que el primero deje tareas al paciente e incluya a familiares o a otros sujetos significativos en el plan de tratamiento. Es probable que se usen también actividades de apoyo fuera de la terapia (por ejemplo, ejercicio, Comedores Compulsivos Anónimos). Tiende a haber mucha flexibilidad en las actividades de tratamiento que llevan a la terapia breve más allá de la perspectiva psicodinámica estricta.

La evidencia de la investigación atestigua la eficacia de las formas breves de psicoterapia a lo largo de diversas condiciones clínicas (Koss y Shiang, 1994) y sugiere que la psicoterapia psicodinámica

PERFIL 12-1

Hans H. Strupp, Ph. D.



El doctor Hans Strupp es profesor emérito distinguido en la Universidad Vanderbilt. Es un experto en las áreas de investigación de la psicoterapia y en la psicoterapia psicodinámica. Ha publicado más de 200 artículos, capítulos de libros o libros, y es considerado uno de los "pioneros" más influyentes de la investigación de la psicoterapia. Ha recibido numerosos reconocimientos, incluyendo el Premio a la Contribución Científica Distinguida de la Asociación Psicológica Estadounidense, el Premio de la Contribución a la Carrera Distinguida de la Sociedad para la Investigación de la Psicoterapia y el Premio de Contribuciones Profesionales Distinguidas al Conocimiento de la Asociación Psicológica Estadounidense.

El doctor Strupp quizá es mejor conocido por su investigación pionera sobre el proceso de la psicoterapia, y en particular de la psicoterapia psicodinámica. Por ejemplo, en el estudio "Vanderbilt I", él y sus colegas investigaron si los terapeutas profesionales capacitados producirían resultados significativamente mejores que los profesores universitarios sin capacitación (en psicoterapia) en el tratamiento de estudiantes universitarios con ansiedad moderadamente grave, depresión y retraimiento social. Como se esperaba, la psicoterapia fue significativamente más benéfica que la ausencia de tratamiento. Sin embargo, el hallazgo sorprendente fue que, en general, los tratados por profesores universitarios tuvieron resultados parecidos a los tratados por terapeutas profesionales. Análisis complementarios revelaron que estos últimos fueron más efectivos con pacientes que estaban muy motivados para la psicoterapia, que eran capaces de formar una buena relación con la terapeuta al inicio del tratamiento y no tenían una historia antigua de problemas interpersonales.

La investigación subsiguiente del doctor Strupp se ha centrado en la alianza terapéutica y en la forma en que influye en el resultado, las diferencias individuales en pacientes y terapeutas que influyen en el resultado, formas breves y manualizadas de psicoterapia psicodinámica y la capacitación de los psicoterapeutas. Su investigación goza de la consideración tanto de científicos como profesionistas por igual debido a que conduce investigaciones empíricas de temas pertinentes desde el punto de vista clínico. Él cree con firmeza que la práctica y la ciencia clínicas pueden ser complementarias, con cada una informando a la otra.

> La investigación debería conducir a modificaciones en la práctica, lo cual debería someterse luego a mayor escrutinio investigativo... si ha de avanzar el campo [de la investigación de la psicoterapia], debe basarse cada vez más en la investigación empírica y resistir pronunciamientos autoritarios y doctrinarios, los cuales aún son abundantes. (Strupp, 1990, p. 318)

Por una mirada conmovedora, reveladora e interesante a las diversas influencias en la vida y carrera del doctor Strupp, recomendamos mucho *Reflections on My Career in Clinical Psychology* (Strupp, 1990.)

TABLA 12-1 Valores comparativos en las terapias a largo y corto plazos

Terapeuta a largo plazo	*Terapeuta a corto plazo*
1. Busca el cambio en el carácter básico.	Prefiere el pragmatismo, la parquedad, una intervención menos radical y no cree en la noción de "cura".
2. Cree que el cambio psicológico significativo es poco probable en la vida cotidiana.	Mantiene una perspectiva del desarrollo adulto a partir de la cual el cambio psicológico significativo resulta inevitable.
3. Ve los problemas presentes como reflejo de una patología más básica	Enfatiza las ventajas y recursos del paciente; los problemas presentes se toman en serio (aunque no necesariamente con un valor nominal).
4. Desea "estar ahí" mientras el paciente hace cambios significativos.	Acepta que muchos cambios ocurrirán "después de la terapia" y no serán observables para el terapeuta.
5. Ve que la terapia tiene una cualidad "sin limitación de tiempo" y es paciente y está dispuesto a esperar el cambio.	No acepta la falta de limitación en el tiempo de algunos modelos de terapia.
6. Reconoce en forma inconsciente la conveniencia fiscal de mantener a los pacientes a largo plazo.	Las cuestiones fiscales a menudo son amortiguadas por la naturaleza de la práctica del terapeuta por la estructura organizativa para el reembolso.
7. Ve a la psicoterapia como algo casi siempre benigno y útil.	Ve a la psicoterapia como algo que en ocasiones es útil y en ocasiones es perjudicial.
8. Considera que el paciente esté en terapia como la parte más importante de la vida de éste.	Ve estar en el mundo como más importante que estar en terapia.

Fuente: adaptado de "The Practice of Brief Therapy", de S. H. Budman y A. S. Gurman, *Professional Psychology Research and Practice*, 1983, *14*, pp. 277-292. Derechos reservados 1983 por la American Psychological Association. Reimpreso con autorización.

breve puede ser tan efectiva como el psicoanálisis tradicional sin límite de tiempo (Koss, Butcher y Strupp, 1986). Dos metaanálisis recientes son notables. Svartberg y Stiles (1991) encontraron que la psicoterapia psicodinámica breve fue superior a la ausencia de tratamiento pero algo inferior en sus efectos que otras formas de tratamiento breve, en especial el tratamiento cognoscitivo conductual. Aunque Crits-Christoph (1992) también examinó los efectos de la psicoterapia psicodinámica breve, su metaanálisis sólo incluyó estudios que utilizaron un manual de tratamiento como parte del protocolo de investigación. Crits-Christoph (1992) encontró que la psicoterapia psicodinámica breve fue claramente superior a la falta de tratamiento y, en contraste con Svartberg y Stiles (1991), que la psicoterapia psicodinámica breve fue más o menos equivalente en sus efectos a tratamientos psicológicos alternativos.

Psicoterapia interpersonal: un tratamiento con sustento empírico

Merece mención una forma particular de terapia breve de tinte psicodinámico. Ha recibido una gran cantidad de atención de los investigadores de la psicoterapia y ha sido resaltada en varios lineamientos prácticos. La *psicoterapia interpersonal*, o *PTI* (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984) es un enfoque breve orientado a la perspicacia que se ha aplicado sobre todo a trastornos depresivos, aunque se ha modificado para utilizarla también en el tratamiento de otros trastornos (como abuso de sustancias y bulimia). Cuando se utiliza para tratar depresión, la PTI entraña una evaluación minuciosa de los síntomas depresivos, la elección de un área problemática principal (como un duelo demorado, transiciones o disputas por el papel, o deficiencias interpersonales) y el

RECUADRO 12-3

Características de la psicoterapia interpersonal (PTI)

La PTI es una forma breve de psicoterapia psicodinámica que se ha utilizado en numerosos estudios de investigación. Es uno de los tratamientos citados como ejemplos de tratamientos sustentados o validados en forma empírica por el Grupo de Trabajo de la División 12 de la Asociación Psicológica Estadounidense. Weissman y Markowitz (1998) expusieron las características principales de la PTI.

Enfoque

La PTI se centra en la conexión entre el inicio de los problemas clínicos y los problemas interpersonales actuales (con amigos, parejas, parientes). Se abordan los problemas sociales actuales, no los rasgos o estilos de personalidad permanentes.

Duración

De manera típica de 12 a 16 semanas.

Función del terapeuta de la PTI

Los terapeutas de la PTI son activos, brindan apoyo y no son neutrales. Utilizan el realismo y el optimismo para contrarrestar la perspectiva típicamente negativa y pesimista de los pacientes; enfatizan la posibilidad para el cambio y resaltan opciones que pueden efectuar un cambio positivo.

Fases del tratamiento

1. *Primera* (hasta tres sesiones): incluye una evaluación diagnóstica y una historia psiquiátrica, una evaluación del funcionamiento interpersonal y educación del paciente respecto de la naturaleza de la condición clínica (como depresión). El terapeuta proporciona una formulación clínica de las dificultades del paciente vinculando los síntomas con problemas, cuestiones y situaciones interpersonales actuales.
2. *Segunda:* según cuál área de problema interpersonal se haya escogido (por ejemplo, duelo, disputas por la función, transición de función, deficiencias interpersonales), se siguen estrategias y metas específicas. Por ejemplo, el tratamiento que se centra en las disputas por la función estaría dirigido a ayudar al paciente a explorar las relaciones problemáticas, la naturaleza de los problemas y las opciones para resolverlos. Si se ha alcanzado un callejón sin salida en una relación, el terapeuta ayuda al paciente a encontrar formas de rodear cualquier cosa que obstaculice el progreso o a terminar con la relación.
3. *Tercera* (últimas dos o tres sesiones): se refuerzan y consolidan el progreso del paciente y las experiencias de dominio. El terapeuta de la PTI refuerza la sensación de seguridad y autonomía del paciente. Se discuten métodos para enfrentar la recurrencia de los síntomas clínicos.

alivio de los síntomas depresivos mejorando las relaciones con otros (como las habilidades de comunicación y las habilidades sociales). La PTI ha mostrado su efectividad en el tratamiento de episodios depresivos agudos y en la prevención o demora de la recurrencia de episodios depresivos (Weissman y Markowitz, 1994). El recuadro 12-3 bosqueja las principales particularidades y características de la PTI.

Evaluación sumaria de la psicoterapia psicodinámica

En esta sección revisaremos las evaluaciones empíricas disponibles y ofreceremos algunas observaciones generales sobre las prácticas psicoterapéuticas que se originan a partir del método psicoanalítico.

¿Funciona la psicoterapia psicodinámica?

¿Qué evidencia hay de que el enfoque psicodinámico sea efectivo? En el capítulo anterior mencionamos el multicitado estudio metaanalítico de Smith, Glass y Miller (1980), que examinaron la efectividad de la psicoterapia. Además de analizar los efectos de la psicoterapia en general, reportaron efectos de diferentes tipos de intervención psicológica. Encontraron que el paciente promedio que había recibido psicoterapia psicodinámica funcionaba mejor que 75% de aquellos que no habían recibido tratamiento. Dos metaanálisis recientes de estudios que examinaron la efectividad de la psicoterapia psicodinámica breve han producido resultados contrapuestos, ya que uno apoya la eficacia del tratamiento psicodinámico breve (Crits-Christoph, 1992) pero el otro no (Svartberg y Stiles, 1991). Con base en éstos y otros resultados, ofrecemos la conclusión tentativa de que parece haber al menos un apoyo modesto para la efectividad de la psicoterapia psicodinámica. Sin embargo, varias cuestiones metodológicas espinosas plagan la investigación sobre la terapia psicodinámica (por ejemplo, medidas de resultados apropiadas, duración del tratamiento) y se justifican investigaciones adicionales.

Interpretación e insigth

Una amplia gama de psicoterapias actuales depende en mayor o menor grado de que el paciente logre el insigth (introspección) por medio de la interpretación del terapeuta. El psicoanálisis parece conservar su compromiso total con el insight como el medio supremo para solucionar los problemas en la vida. Cuando la comprensión es lo suficientemente adecuada, se cree que los síntomas del paciente mejorarán o incluso desaparecerán.

Este interés en la búsqueda de la comprensión tiene un gran atractivo para muchas personas. Por ejemplo, aunque mucha gente que está triste puede buscar la meta terapéutica de la felicidad, la mayoría no se contenta con sólo ser felices; también desean saber por qué están tristes. El compromiso del psicoanálisis y sus herederos psicoterapéuticos con el insigth y la comprensión es su mayor ventaja, pero también contiene las semillas de sus fallas. En especial en el caso del psicoanálisis, la reconstrucción de la personalidad por medio del insigth y la comprensión puede conducir a un examen casi interminable y en ocasiones agotador del pasado y del análisis de los motivos. Aunque es difícil criticar al psicoanálisis por enseñar la importancia del pasado en el moldeamiento del presente, su interés puede ser excesivo. A veces, casi parece que el paciente puede usar la necesidad de comprensión y la búsqueda del pasado como razones para no enfrentar los problemas actuales. El análisis interminable de conflictos y motivos y de sus orígenes en la infancia pueden remplazar con facilidad la necesidad de hallar soluciones y alternativas conductuales para los problemas en la vida. Aunque aprender las razones de los problemas de uno puede ser importante (y al final eficiente si uno alcanza soluciones generalizadas en lugar de fragmentadas), la falta de énfasis en formas alternativas de comportarse pueden ser un defecto importante del psicoanálisis tradicional.

El psicoanálisis a menudo parece incluir una suposición tácita de que ocurrirá en forma automática más comportamiento adaptativo una vez que se logre la perspicacia por medio del proceso de exploración y que el cambio conductual seguirá al insight. Sin embargo, la evidencia para esta suposición es muy escasa. En realidad, se ha sostenido durante algún tiempo que el curso verdadero de los hechos sigue un patrón inverso: el cambio conductual da lugar al insigth (Alexander y French, 1946).

Uno de los métodos principales utilizados por los clínicos psicodinámicos para facilitar el insigth del paciente es la interpretación de la transferencia. Una revisión reciente de estudios empíricos que examinaron dicho proceso en la psicoterapia psicodinámica (W. P. Henry y cols., 1994) ofrece las siguientes conclusiones generales:

1. La frecuencia de las interpretaciones realizadas no se relaciona con un mejor resultado. Algunos estudios han encontrado que una frecuencia de interpretaciones más alta se relaciona con un resultado peor.
2. Las interpretaciones de transferencia no generan mayor grado de experiencia afectiva en el paciente en comparación con otros tipos de interpretaciones o intervenciones. Sin

embargo, cuando son seguidas por respuestas afectivas, las interpretaciones de transferencia parecen relacionarse con un resultado positivo.

3. Las interpretaciones del terapeuta tienen mayor probabilidad de originar una respuesta defensiva de parte del paciente que otros tipos de intervenciones. Las interpretaciones de transferencia frecuentes pueden dañar la relación terapéutica.
4. La precisión de las interpretaciones de los clínicos puede ser menor de lo que se creía.

Los autores resumen: "Los hallazgos disponibles desafían algunas creencias sostenidas con ahínco. En resumen, las interpretaciones de transferencia no parecen ser simplemente efectivas;, pueden plantear riesgos de proceso mayores y ser contraterapéuticas en ciertas condiciones" (W. P. Henry y cols., 1994, p. 479).

Esto no quiere decir que las interpretaciones de transferencia siempre sean perjudiciales y deban evitarse. Más bien, la investigación existente sugiere que la relación entre interpretación y resultado es compleja y es probable que dependa de factores como las características del paciente, el estilo interpersonal del clínico, la oportunidad de las interpretaciones y la precisión de las mismas (W. P. Henry y cols., 1994).

Factores curativos

Entonces, ¿qué parece causar los resultados positivos que siguen a una psicoterapia psicodinámica? La evidencia empírica apunta hacia la calidad y fuerza de la *alianza terapéutica* (W. P. Henry y cols., 1994). Aunque la calidad de la alianza terapéutica se relaciona con el resultado a lo largo de diversas modalidades terapéuticas (por ejemplo, centrada en el cliente, cognoscitiva conductual), es interesante notar que Freud reconoció la importancia de la relación entre clínico y paciente (1912/1966). Aunque se han propuesto varias definiciones de la alianza terapéutica, este término se utiliza por lo general para referirse al vínculo afectivo del paciente con el terapeuta. Una relación positiva o vínculo fuerte facilita el autoexamen del paciente y permite la interpretación. Se supone que una alianza terapéutica fuerte hace menos probable que el cliente reaccione a la defensiva a las interpretaciones del clínico. La evidencia de la investigación sugiere un vínculo directo entre la alianza y el resultado, ya sea que se examinen tratamientos psicodinámicos a corto o a largo plazo y sin tener en cuenta la medida de resultados particular utilizada (W. P. Henry y cols., 1994).

La falta de énfasis en el comportamiento

El profesional estereotípico de la psicoterapia psicoanalítica desempeña una función relativamente pasiva excepto por la interpretación. El fracaso en tratar el comportamiento, en hacer sugerencias o en adoptar una postura más activa en general parecería prolongar la psicoterapia en forma innecesaria. Por ejemplo, puede ser cierto que la adaptación heterosexual infeliz de un paciente o su falta de habilidades con las mujeres surge de generalizaciones inconscientes de comparaciones desfavorables pasadas con un hermano dominante. Pero la simple perspicacia de los orígenes en la infancia del problema no le proporciona las habilidades de las que carece. Sus expectativas de éxito al establecer relaciones con mujeres continuarán bajas y una fuente de ansiedad hasta que establezca un repertorio conductual heterosexual. Parece más probable que un terapeuta activo que no sólo proporciona interpretaciones que conducirán a la perspicacia sino también guía al paciente en situaciones de aprendizaje nuevas, logrará soluciones duraderas para los problemas del sujeto que aquel que se basa sólo en el insigth (o en el comportamiento, por lo que respecta a eso).

Parece claro que una razón importante para la rápida ascensión de las terapias conductuales fue el fracaso de una buena cantidad de psicoterapeutas para tratar en forma directa los problemas específicos del paciente. El enfoque parecía relegar el problema presente a la categoría de un "síntoma de algo más profundo". El terapeuta comenzaba a trabajar con ese "algo más profundo" mientras se aferraba a la creencia duradera de que una vez que el paciente lo comprendiera, el síntoma o deficiencia desaparecerían. Por desgracia, las cosas no funcionan de esta manera muy a menudo. En cualquier caso, cada vez más terapeutas procuran fomentar tanto el insigth como las alternativas conductuales en sus pacientes.

La economía de la psicoterapia

Por su naturaleza (reconstrucción de la personalidad), el psicoanálisis es un procedimiento largo y costoso. Su curso a lo largo de tres a cinco años y la preparación larga y costosa de sus especialistas aseguran que será una empresa cara. En consecuencia, se ha convertido en una terapia para los acaudalados, para los que tienen el dinero y el tiempo para buscar la solución de sus neurosis. Es más, los procedimientos del psicoanálisis son tales que es probable que sólo grupos relativamente inteligentes, complejos y educados sean capaces de aceptar las demandas terapéuticas. Por todas estas razones, es probable que el psicoanálisis tradicional sólo alcance una pequeña porción de aquellos que necesitan psicoterapia. Los pobres, los que carecen de educación, los grupos minoritarios, las poblaciones de ancianos, los que tienen perturbaciones graves y los acosados por las cargas de la realidad de la vida para las que están muy mal preparados, no se vuelven pacientes psicoanalíticos.

Tan sólo por estas razones, muchos consideran que esta especialidad es un fracaso. Es inherentemente incapaz de hacer mella en los problemas de salud mental de la nación. No obstante, para personas con las cualidades personales y recursos financieros necesarios, el psicoanálisis ha sido útil, en particular para aquellos cuyos problemas pueden tratarse mejor por medio del desarrollo de la comprensión.

Las técnicas psicoanalíticas parecen haber ayudado a muchos pacientes, y como una teoría de la terapia, el psicoanálisis es el fundamento de muchas formas de psicoterapia. Pero muchos clínicos aún cuestionan si, después de todos estos años, en realidad existe mucha evidencia de investigación definitiva de su efectividad. Wolpe (1981) se adhiere a estos sentimientos. Aunque difícilmente carente de prejuicios, Wolpe critica en particular un método que puede permitir a los pacientes permanecer tanto tiempo en terapia, a menudo con poca evidencia de mejoría. Wolpe cita ejemplos ofrecidos por Schmideberg (1970). En un caso, un hombre de 54 años estuvo en psicoanálisis durante 30 años sin una mejora notoria. Una mujer que comenzó el psicoanálisis sin síntomas específicos más tarde desarrolló agorafobia y después de 12 años de terapia estaba peor que cuando comenzó. Es cierto que casi cualquier marca de terapia contiene su parte de historias de horror. Pero la terapia prolongada combinada con poca mejoría plantea dudas.

Ahora bien, es alentador que se hayan elaborado formas breves de psicoterapia psicodinámica. El metaanálisis de Crits-Christoph (1992) indica que los tratamientos psicodinámicos breves que incorporan el uso de manuales muestran efectos fuertes del tratamiento (frente a tratamientos psicodinámicos que no usan manuales) y en algunos casos pueden equivaler a otras formas de tratamiento psicológico breve. Además de proporcionar aliento a los clínicos con orientación psicodinámica, este hallazgo serviría para inducirlos hacia el dominio y uso de tratamientos psicodinámicos breves con sustento empírico y basados en manuales, como la psicoterapia interpersonal (Markowitz, 1998). Este enfoque es defendible desde el punto de vista científico y atractivo para las instituciones que subsidian la atención médica.

Resumen del capítulo

El enfoque psicodinámico de la terapia evolucionó a partir de la obra de Sigmund Freud. Se enfoca en el análisis de la experiencia pasada y enfatiza los motivos y conflictos inconscientes en la búsqueda de las raíces del comportamiento. Aun en la actualidad, un porcentaje significativo de psicólogos clínicos identifica su orientación terapéutica como psicodinámica. De acuerdo con este punto de vista, los problemas psicológicos resultan de las demandas contrapuestas del ello, el yo, el superyó y la realidad. Las técnicas de la psicoterapia psicodinámica se dirigen al descubrimiento de conflictos y motivaciones inconscientes. Por ejemplo, se analizan los sueños, al igual que las asociaciones libres y la naturaleza de la transferencia.

La teoría y la terapia psicoanalíticas han sido modificadas en forma considerable a lo largo de los años por neofreudianos, analistas del yo y otros. La psicoterapia psicodinámica breve también es un avance importante. Aquí, la duración del tratamiento es mucho más corta y el enfoque está más en el aquí y el ahora. La psicoterapia interpersonal es una forma de terapia psicodinámica breve que tiene un buen apoyo empírico para tratar la depresión y otras condiciones.

La evidencia de la investigación sugiere que las formas tradicionales de psicoterapia psicodinámica son moderadamente efectivas y que las modalidades breves basadas en manuales son más efectivas. El factor curativo principal parece ser la calidad y fuerza de la alianza terapéutica. La evidencia de investigación y las circunstancias del subsidio a la atención médica deberían llevar cada vez a más clínicos psicodinámicos a utilizar formas breves de psicoterapia psicodinámica basadas en manuales.

Términos clave

alianza terapéutica Vínculo entre paciente y terapeuta. Se cree que una alianza terapéutica fuerte contribuye de manera significativa a un resultado terapéutico positivo.

análisis de los sueños Técnica psicoanalítica que intenta arrojar luz sobre el material inconsciente. Debido a que se considera que los sueños están muy cargados con deseos inconscientes en forma simbólica, se cree que su análisis ofrece claves importantes sobre estos deseos.

análisis del yo Una alternativa para el psicoanálisis tradicional que se caracteriza por una disminución relativa en el énfasis en la función del inconsciente y la exploración de la experiencia infantil, y el énfasis relativo en las funciones adaptativas del yo (por ejemplo, percepción, aprendizaje, memoria) y la exploración de problemas contemporáneos en la vida.

ansiedad moral Surge de la preocupación de que una persona actuará en una forma que está en conflicto con los estándares de su conciencia.

ansiedad neurótica Aquella que surge del temor de que los impulsos del ello se expresen sin freno y causen problemas.

ansiedad por la realidad Surge de la presencia de un peligro real en el mundo exterior.

asociación libre Regla cardinal del psicoanálisis en que se requiere que los pacientes digan cualquier cosa y todo lo que les venga a la mente. Se cree que con el tiempo terminará por arrojar luz sobre los pensamientos e impulsos inconscientes.

catarsis Liberación de energía psíquica (lograda al revivir sucesos traumáticos) que los psicoanalistas creen que tiene beneficios terapéuticos importantes.

complejo de Edipo Fase en que un niño siente atracción sexual por el progenitor del sexo opuesto y sentimientos de hostilidad hacia el progenitor del mismo sexo. El superyó surge de la resolución de este complejo.

contenido latente Significado simbólico de los sucesos en un sueño.

contenido manifiesto Lo que sucede en realidad durante un sueño.

curación con la conversación Descubierta por Breuer, la "curación con la conversación" se refiere al uso de técnicas que alientan al paciente a hablar como una forma de abordar y aliviar síntomas neuróticos.

determinismo psíquico Suposición principal de la teoría freudiana que sostiene que todo lo que uno hace tiene significado y está dirigido a una meta.

ello Porción profunda e inaccesible de la personalidad que contiene los impulsos instintivos. El ello carece de orden, lógica o moral y sólo opera para gratificar los impulsos instintivos.

etapa anal Etapa psicosexual que se extiende de alrededor de los seis meses hasta los tres años, durante la cual el niño se centra en la micción y la defecación como medios de satisfacción.

etapa de latencia Etapa psicosexual que se extiende más o menos de los cinco a los 12 años, durante la cual el niño se caracteriza por una falta de actividad sexual manifiesta (y quizá incluso una orientación negativa hacia todo lo sexual).

etapa fálica Etapa psicosexual que va desde alrededor de los tres hasta los siete años, durante la cual los órganos sexuales se convierten en la fuente primaria de gratificación.

etapa genital Etapa psicosexual que sigue al inicio de la adolescencia y de manera ideal culmina en una expresión madura de la sexualidad.

etapa oral Etapa psicosexual que se extiende más o menos a lo largo del primer año de vida, durante la cual la boca es la fuente principal de placer y satisfacción.

etapas psicosexuales Serie de etapas del desarrollo planteadas por Freud, cada una de las cuales está marcada por la participación de una zona erógena particular del cuerpo.

fijación El mecanismo de defensa que ocurre cuando la frustración y la ansiedad de la siguiente etapa psicosexual causa que el individuo quede detenido en su nivel actual de desarrollo psicosexual.

formación reactiva Mecanismo de defensa que ocurre cuando un impulso inconsciente se expresa de manera consciente por su opuesto conductual.

inconsciente Porción de la mente que no es accesible a la conciencia.

instintos de muerte (Tanatos) Impulsos innatos que originan los aspectos negativos o destructivos del comportamiento.

instintos de vida (Eros) Impulsos innatos que dan lugar a los aspectos positivos o constructivos del comportamiento.

interpretación Método en que el psicoanalista revela los significados inconscientes de los pensamientos y comportamientos del paciente, ayudando a éste a lograr el insigth. La interpretación es la piedra angular de casi todas las formas de psicoterapia dinámica.

mecanismos de defensa Estrategias utilizadas por el yo para rechazar las amenazas que se originan en el interior, por el ello y el superyó de uno. (También denominadas defensas del yo.)

motivación inconsciente Motivación que reside afuera de la conciencia. Freud planteó la existencia de la motivación inconsciente y afirmó que era causante, en gran parte, del comportamiento perturbado.

principio de la realidad Regla de conducta por la que uno difiere la gratificación de los impulsos instintivos hasta que se descubre un objeto y un modo de satisfacción adecuados. El yo opera de acuerdo con el principio de la realidad.

principio del placer Regla de conducta por la que uno busca el placer y evita el dolor. El ello opera de acuerdo con el principio del placer.

proceso de exploración Examen cuidadoso y repetido de la forma en que los conflictos y defensas de uno han operado en muchas áreas de nuestra vida. A través de este proceso, el insigth logra un significado pleno y verdadero para el paciente.

proceso primario Tipo irracional e impulsivo de pensamiento que caracteriza al ello.

proceso secundario Tipo de pensamiento racional y de instinto de conservación que caracteriza al yo.

psicoterapia breve Psicoterapia de duración relativamente corta que ha ganado popularidad debido en gran parte a las medidas de contención de costos impuesta por los sistemas de atención de la salud. Muchas terapias breves han conservado una identidad psicodinámica.

psicoterapia interpersonal (PTI) Terapia breve con carácter psicodinámico orientada a la introspección. La PTI se ha aplicado sobre todo al tratamiento de la depresión y se considera como un tratamiento validado en forma empírica, "bien establecido" para este problema.

proyección Mecanismo de defensa que ocurre cuando una persona atribuye sus sentimientos inconscientes a alguien más.

regresión Mecanismo de defensa que ocurre cuando una frustración extensa causa que una persona regrese a una etapa que alguna vez le proporcionó una gran cantidad de gratificación.

represión El mecanismo de defensa más básico. La represión sirve para mantener el material sexual o agresivo muy amenazador fuera de la conciencia, a menudo en forma involuntaria.

resistencia Cualquier intento del paciente por obstaculizar los esfuerzos del terapeuta por disolver sus métodos neuróticos para resolver problemas.

superyó Componente de la personalidad que representa los ideales y valores de la sociedad en la forma en que son transmitidos al niño por medio de las palabras y acciones de sus padres. La función del superyó es bloquear los impulsos inaceptables del ello y presionar al yo para servir a los fines de la moralidad y no a los de la conveniencia.

transferencia Fenómeno clave en la terapia psicoanalítica en que el paciente reacciona al terapeuta como si éste representara una figura importante del pasado del paciente.

yo Componente racional organizado de la personalidad. El yo usa la percepción, el aprendizaje, la planeación, etc., para satisfacer las necesidades del organismo, mientras al mismo tiempo preserva su lugar en el mundo.

Sitios web de interés

12-1 Asociación Psicoanalítica Estadounidense (American Psychoanalytic Association)

www.apsa.org

12-2 Presentación previa en línea de la exhibición "Sigmund Freud: Conflict and Culture"

http://lcWeb.loc.gov/exhibits/freud/preview.html

12-3 Sigmund Freud en Internet

http://plaza.interport.net/nypsan/freudarc.html

12-4 El entierro de Freud (Burying Freud): debate en línea entre críticos y seguidores de Freud

www.shef.ac.uk/uni/projects/gpp/

CAPÍTULO TRECE

Psicoterapia: perspectivas fenomenológica y humanista existencial

PREGUNTAS PRINCIPALES

1. ¿Cuáles son las características principales que distinguen a los terapeutas centrados en el cliente?
2. ¿Cómo ven el diagnóstico y la evaluación psicológica los terapeutas centrados en el cliente?
3. ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de la terapia centrada en el cliente?
4. ¿Qué técnicas utilizan los terapeutas existenciales y cuáles los terapeutas gestalt?
5. A partir de la evidencia de investigación que se encuentra disponible, ¿cómo evaluaría la efectividad de la terapia centrada en el cliente y la terapia gestalt?

RESEÑA DEL CAPÍTULO

Terapia centrada en el cliente
Orígenes
El mundo fenomenológico
Proposiciones teóricas
Teoría de la terapia
Proceso terapéutico
Diagnóstico
Otras aplicaciones
Algunos comentarios concluyentes

El movimiento humanista existencial
Humanismo
Terapia existencial
Logoterapia
Terapia gestalt

Evaluación sumaria de las terapias fenomenológicas y humanistas existenciales
Contribuciones
Problemas

RESUMEN DEL CAPÍTULO
TÉRMINOS CLAVE
SITIOS WEB DE INTERÉS

La psicoterapia tradicional tiene sus orígenes en un punto de vista psicoanalítico que considera tanto la patología como la incapacidad para lograr el propio potencial como un fracaso para comprender el pasado. Se considera que estos fracasos están arraigados en la función no reconocida de fuerzas internas o incluso de los instintos. Por medio de la terapia, uno puede aprender a entender todo esto, y el insight resultante lo liberará a uno —esto es, de la aflicción de los problemas, síntomas y el fracaso para tener una vida productiva y significativa.

Durante muchos años, las opiniones anteriores dominaron la psicoterapia. Pero a principios de la década de los cuarenta hizo su aparición una alternativa seria a la psicoterapia psicoanalítica. Un enfoque conocido como *consejo no directivo*, que más tarde se convertiría en la *terapia centrada en el cliente*, estaba tomando forma bajo la guía de Carl Rogers (véase el recuadro 13-1).

Terapia centrada en el cliente

La perspectiva de Carl Rogers casi es opuesta al psicoanálisis; pero los dos puntos de vista comparten unas cuantas características. Ambas teorías se desarrollaron de los encuentros terapéuticos con personas que tenían problemas. Como resultado, ninguna perspectiva puede comprenderse por completo sin una apreciación de las formas en que se relaciona con la terapia.

Orígenes

La extensión plena de la contribución de Rogers se hace evidente si recordamos el mundo de la terapia de la personalidad de finales de los treinta. El psicoanálisis, como teoría y como práctica, era la fuerza dominante. Las teorías de psicólogos como Gordon Allport y Kurt Lewin atraían algo de atención, pero el reflector real estaba sobre las teorías que tenían una asociación cercana con el tratamiento, lo cual se refiere al psicoanálisis o al menos a algunos derivados cercanos de éste. Esta atención pareció incrementarse conforme muchos psicoanalistas prominentes huyeron de Europa y se establecieron en Estados Unidos.

En esa época, Carl Rogers era un oscuro psicólogo clínico en Rochester, Nueva York, que luchaba con los problemas clínicos de niños perturbados. Como la mayoría de los terapeutas de la época, había estado muy expuesto al pensamiento psicoanalítico. Después de concluir su doctorado en filosofía en la Universidad de Columbia, comenzó a trabajar en una clínica de guía infantil en Rochester. Ahí, entró en contacto con la terapia de Otto Rank y la terapia de relación de Jessie Taft. Rank creía que debería permitirse a los pacientes la oportunidad libre de ejercer su voluntad y dominar al terapeuta. Taft, un trabajador social, trajo las ideas de Rank a Estados Unidos, enfatizando la relación entre el terapeuta y el paciente. En efecto, Taft consideraba que esta relación era más importante que cualesquiera explicaciones intelectuales de los problemas del paciente. En consecuencia, la situación terapéutica se hizo muy permisiva.

Rogers encontró que estas opiniones congeniaban mucho. Estaban de acuerdo tanto con sus creencias religiosas como con sus convicciones democráticas respecto de la naturaleza de las relaciones humanas en la sociedad. Una creencia de que ninguna persona tiene el derecho de dirigir la vida de otra encontró expresión en sus nociones terapéuticas de permisividad, aceptación y una negativa a dar consejos.

El mundo fenomenológico

La teoría de Rogers de la personalidad surgió de manera principal de los encuentros terapéuticos con pacientes y de ciertas ideas filosóficas acerca de la naturaleza de las personas. Además, la terapia centrada en el cliente se ancla en la teoría fenomenológica (Combs y Snygg, 1959; Rogers, 1951).

La *fenomenología* enseña que el campo fenoménico de la persona determina el comportamiento. El campo fenoménico es todo lo experimentado por el sujeto en cualquier punto dado en el tiempo. Por consiguiente, para entender el comportamiento de las personas, uno debe conocer algo sobre su campo fenoménico; es decir, lo que es el mundo para ellos. Una dificultad es que uno debe hacer inferencias respecto de este campo a partir del comportamiento de la persona. Estas inferencias pueden usarse para predecir o entender el comportamiento en cuestión. Existe un potencial real aquí para la circularidad si el terapeuta no es cuidadoso. Por ejemplo, un terapeuta observa que George está nervioso antes de una prueba, infiere que debe experimentar amenaza por

RECUADRO 13-1

Una breve biografía de Carl Rogers


Cortesía de Natalie Rogers.

Nacido en Oak Park, Illinois, el 8 de febrero de 1902, Carl Rogers fue el cuarto de seis hijos y creció en una familia segura desde el punto de vista financiero. Cuando tenía 12 años, su padre, un ingeniero civil y contratista, mudó a la familia a una granja en las afueras de Chicago. Sus padres mantenían un conjunto de creencias religiosas devotas, casi dogmáticas, y la familia se volvió una pequeña unidad cerrada, quizá en parte debido a esas creencias. Rogers tenía pocos amigos y pasaba mucho de su tiempo solo leyendo. Era un estudiante sobresaliente en el bachillerato, pero en realidad no formaba parte de la escena social.

Ingresó a la Universidad de Wisconsin en 1919 para especializarse en agricultura. Fue muy activo en los asuntos religiosos del campus, en especial durante sus primeros dos años, incluso asistió a una conferencia religiosa en Pekín, China, durante este periodo. Se impresionó tanto con la diversidad cultural y religiosa que encontró en este viaje, que se sacudieron sus opiniones familiares y religiosas tradicionalistas. Como resultado, su orientación fundamentalista comenzó a cambiar en forma notable. Se graduó de la universidad con un título en historia en 1924.

Se casó con Helen Elliott, con quien tuvo dos hijos. Se mudó a la ciudad de Nueva York, asistió al Seminario Teológico Unión durante dos años. Sin embargo, un escepticismo religioso creciente aunado a un deseo de ayudar a los demás en forma más directa lo llevaron a cambiarse a la Universidad Columbia y cursar la carrera de psicología clínica. Se le otorgó el doctorado en filosofía en 1931. Se mudó a Rochester, Nueva York, donde se convirtió en psicólogo del personal de una clínica de guía infantil.

Los comienzos de los métodos de Rogers son visibles con claridad en su libro *The Clinical Treatment of the Problem Child*, el cual se publicó en 1939. Cuando se cambió a la Universidad Estatal de Ohio en 1940, comenzó a desarrollar en serio su enfoque de la psicoterapia (Rogers, 1942). En 1945 pasó a la Universidad de Chicago y comenzó un periodo de investigación intensiva conforme desarrollaba una estructura teórica para apuntalar sus prácticas terapéuticas. Durante este periodo, el término "centrado en el cliente" comenzó a suplantar a la anterior denominación "no directiva" (Rogers, 1951). Luego, en 1957, Rogers aceptó un puesto en la Universidad de Wisconsin con el fin de extender sus ideas sobre la psicoterapia a poblaciones más extremas, como esquizofrénicos hospitalizados (Rogers, Gendlin, Kiesler y Truax, 1967). Desde 1968 hasta su muerte en febrero de 1987, fue un miembro residente en el Centro para Estudios de la Persona en La Jolla, California.

Rogers publicó numerosos libros (varios de los cuales se citan en la bibliografía que aparece al final de este libro). Su autobiografía, escrita en 1967, se incluye en *A History of Psychology in Autobiography* (Vol. 5). Un artículo autobiográfico, "In Retrospect: Forty-Six Years", apareció en *American Psychologist* en 1974. *A Way of Being*, publicado en 1980, proporciona alguna idea de los cambios que ocurrieron en su pensamiento a lo largo de los años. Gendlin (1988) ofrece un retrato sensible y revelador de Rogers, como psicólogo y como persona.

la prueba y procede a explicar su nerviosismo atribuyéndolo a la amenaza. Esta observación es al mismo tiempo la base para la inferencia y el objeto de la explicación.

Un concepto muy importante dentro de la teoría fenomenológica es el *self fenoménico:* esa parte del campo fenoménico que la persona experimenta como el "yo".* Es obvio que no es una experiencia objetiva. Además, la teoría fenomenológica establece que el impulso humano básico es preservar y mejorar el *self* fenoménico. En cierto sentido, la autoestima se convierte en la fuente del comportamiento.

Los problemas de adaptación surgen cuando el *self* fenoménico se ve amenazado. Sin embargo, lo que es una amenaza para una persona no necesariamente lo es para otra. En esencia, un sujeto experimentará amenaza siempre que perciba que su *self* fenoménico está en peligro. Por tanto, un hombre que se percibe como muy atractivo para las mujeres, puede ponerse ansioso si alguna lo rechaza, debido a que esto representa una amenaza para su autoconcepto. Enfrentado con dicha amenaza, el hombre puede adoptar una variedad de posturas defensivas; por ejemplo, racionalizar su fracaso o reducir su campo de percepción. La persona en verdad adaptada puede integrar todas las experiencias en el campo fenoménico, no sólo las experiencias que son consistentes de inmediato con su autoconcepto. Por ejemplo, un estudiante bien adaptado que reprueba un examen no reclamará injusticia o enfermedad física (suponiendo que estas reclamaciones sean injustificadas); más bien, integrará esta experiencia tal vez revisando el autoconcepto. Por ejemplo, "quizá no soy tan bueno en bioquímica como pensaba. Pero voy bastante bien en otras materias y tengo buenas habilidades sociales. Así que está claro que esto no me disminuye como persona." O "fallé, pero con más esfuerzo pienso que puedo lograrlo. Pero si no, trataré otras cosas que me produzcan una sensación de satisfacción o contribución".

Proposiciones teóricas

Desde el principio, Rogers (1951) formuló una serie de proposiciones que establecieron el tono para una perspectiva de la personalidad centrada en el cliente. Planteó que los individuos existen en un mundo de experiencia de las que son el centro. Esta experiencia sólo puede ser conocida por la persona. Por consiguiente, el individuo es la mejor fuente de información sobre sí mismo. Estas opiniones han conducido a los miembros del movimiento centrado en el cliente a basarse en gran medida en los informes personales, más que en inferencias de datos de prueba u observaciones relacionadas, como la fuente primaria de información. Debido a que las personas reaccionan al campo de percepción tal como lo experimentan y perciben, su campo de percepción es la realidad. Por consiguiente, el conocimiento objetivo acerca de los estímulos no es suficiente para predecir el comportamiento; el clínico debe saber algo sobre la conciencia de la persona de esos estímulos. Se rechaza la psicología de la objetividad a favor del mundo interno de la experiencia reportada por la persona.

La tendencia humana básica es hacia mantener y mejorar el self que experimenta, o la *autorrealización.* Esto es lo que produce el movimiento hacia delante de la vida, una fuerza en que el terapeuta se basará mucho durante los contactos terapéuticos con el cliente. Pero este movimiento hacia delante sólo puede ocurrir cuando las opciones de la vida se perciben con claridad y se simbolizan en forma adecuada.

Es relativamente fácil exhibir estas cualidades con alguien que el terapeuta encuentra agradable y a tono con sus propios antecedentes y valores. La prueba verdadera de la consideración positiva incondicional del terapeutaviene con clientes cuyos comportamientos y actitudes desafían las creencias del terapeuta. El fanático, el carente de motivación o perezoso, o el cliente que describe una experiencia incestuosa con su sobrina puede forzar una prueba real de la tolerancia y aceptación del terapeuta. Pero del mismo modo en que todo ciudadano tiene derecho a votar, así todo cliente merece la consideración positiva incondicional, de acuerdo con Rogers.

Un concepto crucial es el *self,* la conciencia de ser y funcionar de uno. La estructura del self se forma por las interacciones con el ambiente —en particular con base en las evaluaciones de otros acerca de la persona . El self es un patrón organizado, fluido y no obstante consistente de percepciones de las características y relaciones del yo o mí, junto con los valores vinculados a ellas. Durante la vida del individuo ocurre una variedad de experiencias.

*Aquí se quiso mantener la diferencia conceptual entre "self" y "I" del original, aunque en otras traducciones se usa el vocablo castellano "yo" para ambas palabras inglesas. Así, se ha preferido usar el anglicismo "self" y dejar "yo" para "I". (Nota del editor.)

la terapia no debe haber condiciones. La aceptación se da sin cláusulas ocultas o renuncias sutiles. La *consideración positiva incondicional* es nada más y nada menos que el respeto por el cliente como ser humano. El terapeuta debe dejar de lado todas las ideas preconcebidas y ser capaz de interesarse por el cliente, ser aceptante y, sobre todo, transmitir que ahí hay alguien que tiene fe y confianza en la capacidad y fuerza del cliente para lograr ese potencial interior. Estas cualidades, más una falta completa de juicios evaluativos, serán un gran camino recorrido hacia la creación de una atmósfera en que el cliente sea libre de abandonar defensas debilitantes y puede, en ausencia de amenaza, comenzar a crecer como persona.

Es relativamente fácil exhibir estas cualidades con alguien que el terapeuta encuentra agradable y a tono con sus propios antecedentes y valores. La prueba verdadera de la consideración positiva incondicional del terapeuta viene con clientes cuyos comportamientos y actitudes desafían las creencias del terapeuta. El fanático, el carente de motivación o perezoso, o el cliente que describe una experiencia incestuosa con su sobrina puede forzar una prueba real de la tolerancia y aceptación del terapeuta. Pero del mismo modo en que todo ciudadano tiene derecho a votar, así todo cliente merece la consideración positiva incondicional, de acuerdo con Rogers.

Congruencia. A primera vista, la *congruencia*, o *autenticidad*, como se llama en ocasiones, parecería contradecir las cualidades de empatía y consideración positiva. Los terapeutas congruentes expresan los comportamientos, sentimientos o actitudes que el cliente estimula en ellos. Uno no sonríe si está enojado. Si los comentarios del cliente son molestos, el terapeuta no se oculta detrás de una máscara de calma (Rogers, 1961). Rogers creía que a la larga los clientes responderían en forma favorable a esta honestidad y congruencia, sabiendo que ahí hay una persona real dedicada a su bienestar. Esto puede ser lo más tranquilizador y estimular una sensación de valía personal y un deseo de luchar a brazo partido por el potencial latente de uno.

Actitud frente a técnica. En muchas formas, el núcleo de la terapia centrada en el cliente parece residir más en los valores y actitudes establecidos hacia las personas que en cualquier método específico. Hasta este punto, dicha terapia es un estado mental más que un conjunto de tecnicas. El especialista busca volverse no directivo renunciando a cualquier procedimiento que lo señale como un experto que diagnosticará los padecimientos del cliente y recomendará las medidas apropiadas para su alivio.

De hecho, estos terapeutas afirmarían que tales "prescripciones" son innecesarias, porque la liberación de los recursos o potencial de los clientes resolverá los problemas en cuestión. Dada la congruencia del terapeuta, la consideración positiva incondicional y la comprensión empática precisa, los clientes descubrirán su capacidad para la maduración y la autodirección. En contraste con los psicoanalistas, Rogers no ve a las personas como destructivas, sino como poseídas por una fuerza constructiva que se extiende hacia la salud y la autorrealización. Además, los rogerianos renuncian al interés en el pasado a favor de una conciencia de la experiencia actual. Sustituyen las interpretaciones del terapeuta psicoanalítico activista por un terapeuta callado y atento cuyos cuidados facilitan el descubrimiento del cliente de la fuerza interior y la experiencia personal válida.

También hay diferencias distintivas entre la terapia centrada en el cliente y los enfoques conductuales (que se exponen en el siguiente capítulo). Los rogerianos declaran que las experiencias internas son los datos más importantes y que ignorarlas es ignorar los datos básicos del ser humano. Mientras los enfoques conductuales en ocasiones parecen concentrarse en manipular o controlar el ambiente para efectuar el cambio, el terapeuta centrado en el cliente se basa en el cambio que emana desde adentro, una liberación del potencial interior.

Proceso terapéutico

Casi siempre parece más fácil describir la terapia centrada en el cliente en función de lo que *no* tiene lugar. Una larga serie de "noes" que incluye no dar información o consejo, no usar palabras tranquilizadoras o persuasión, no interrogar, no interpretar y no criticar. Quizá las actividades principales del terapeuta son el reconocimiento y

el esclarecimiento de los sentimientos asociados con las declaraciones del cliente. Por ejemplo, Greenberg y colaboradores (1994) reportan que alrededor de 75% de las respuestas de los terapeutas centrados en el cliente fueron "reflexiones" sobre lo que el cliente había dicho; también se hacen comentarios que le transmiten la aceptación total e incondicional del terapeuta. En ocasiones éste encontrará necesario explicar las funciones respectivas de cliente y terapeuta. Llamado *estructuración*, esto también incluye el elemento de aceptación.

De manera típica, no se utilizan la tranquilidad ni la interpretación. Se supone que el reconocimiento del sentimiento y la aceptación acompañante son tranquilizadores por sí mismos. La tranquilidad también es transmitida por el tono de voz del terapeuta, su elección de palabras, su expresión facial y su conducta general. Se evita la interpretación y dar consejos o información, debido a que esto significaría que el terapeuta sabe lo que es mejor para el cliente. En algunos casos, puede ser necesario referirlo a una fuente de información. En general, la idea es poner la responsabilidad del progreso terapéutico sobre los hombros del cliente, en lugar de sobre los del terapeuta. Del mismo modo, interpretar es decir a los pacientes por qué se han comportado de un modo determinado. La interpretación significa que el terapeuta se ha apropiado de una responsabilidad por el progreso, en lugar de esperar que los clientes lleguen a sus explicaciones.

En el caso de la aceptación, ésta es menos una técnica que una actitud que lo penetra todo. La creencia durable es que el cliente es capaz de alcanzar una solución satisfactoria para los problemas en la vida. La aceptación proporciona la atmósfera en que puede afirmarse el potencial para la maduración y autorrealización del individuo. Al responder a los sentimientos del cliente y luego aceptarlos, el terapeuta proporciona un afecto que conduce al sentimiento de ser comprendido.

Las sesiones de la terapia centrada en el cliente por lo general se programan una vez a la semana. No se fomentan sesiones más frecuentes, adicionales ni llamadas telefónicas, ya que éstas pueden conducir a una dependencia que sofoca cualquier sensación de maduración.

Rogers ha descrito la secuencia o proceso general de la terapia como algo que comprende una serie de siete etapas por las que pasa el cliente (Meador y Rogers, 1984). Aquí presentamos una versión muy condensada.

Primera etapa: falta de disposición para revelar el self; no se reconocen los sentimientos propios; constructos rígidos; relaciones íntimas percibidas como peligrosas.

Segunda etapa: a veces se describen los sentimientos, pero la persona todavía está lejos de su experiencia personal; aún externaliza mucho, pero comienza a mostrar algún reconocimiento de que existen problemas y conflictos.

Tercera etapa: descripción de los sentimientos pasados como inaceptables; flujo de expresiones del self más libre; comienza a cuestionar la validez de los propios constructos; reconocimiento incipiente de que los problemas están adentro en lugar de afuera del individuo.

Cuarta etapa: descripción libre de los sentimientos personales como poseídos por el self; reconocimiento débil de que los sentimientos largo tiempo negados pueden irrumpir en el presente; relajamiento de los constructos personales; alguna expresión de responsabilidad de sí mismo; comienza a arriesgarse y relacionarse con otros sobre una base de sentimientos.

Quinta etapa: expresión libre de los sentimientos y aceptación de ellos; se tiene conciencia clara de los sentimientos que antes se negaban, aunque sean espantosos; reconocimiento de conflictos entre el intelecto y las emociones; aceptación de la responsabilidad personal por los problemas; un deseo de ser lo que es uno.

Sexta etapa: aceptación de sentimientos sin necesidad de negación; una sensación de experiencia liberadora intensa; disposición a arriesgarse a ser uno mismo en las relaciones con otros; confianza en que otros sean aceptantes.

Séptima etapa: el individuo ahora está cómodo con la experimentación del self; experimenta sentimientos nuevos; poca incongruencia; capacidad para verificar la validez de la experiencia.

Diagnóstico

En general, se resta importancia o se evita al diagnóstico o evaluación en la terapia centrada en el cliente. La mayoría de los rogerianos cree que la evaluación formal no sólo es innecesaria sino perjudicial. De

acuerdo con ellos, la evaluación coloca al psicólogo en una función autoritaria superior que puede impedir el desarrollo de la autonomía y la autorrealización. Abandonar la evaluación parece significar que la terapia centrada en el cliente es un método tan potente y efectivo que funciona en todos los clientes, sin tener en cuenta sus problemas o las circunstancias particulares en que se encuentran. No es necesario decir que la utilidad de esta suposición no se ha demostrado aún en forma adecuada (Greenberg y cols. 1994).

Un caso ilustrativo de terapia centrada en el cliente

El siguiente ejemplo de un caso presenta algunas de las características del consejo centrado en el cliente que se han expuesto. El cliente era un estudiante universitario de 20 años que cursaba el segundo año, y que estaba siendo atendido en un centro de consejería universitaria. Su malestar inicial se refería a un sentimiento generalizado de falta de mérito. Conforme transcurrieron las sesiones, comenzó a enfocarse en sus sentimientos de inadecuación intelectual. Aun cuando su promedio en el colegio con un plan de estudios exigente era de 3.3 (según la escala general de calificaciones de Estados Unidos), una sensación de inferioridad lo absorbía en forma constante. Con frecuencia se comparaba (siempre de manera desfavorable) con un hermano mayor que hacía poco había concluido sus estudios en la escuela de medicina y era la fuente de mucho orgullo de sus padres. El siguiente intercambio tuvo lugar en la sesión 15.

Cliente: Bueno, sucedió de nuevo ayer. Volvió a pasar en ese examen de literatura estadounidense.

Terapeuta: Ya veo.

Cliente: Igual que antes. Obtuve una "A", de acuerdo, yo y otros ocho. Pero en la tercera pregunta el profesor escribió un comentario de que podía haber sido un poco más claro o dar más detalles. El mismo viejo disparate. Obtengo una "A", muy bien, pero está jodidamente claro que soy como una máquina que puede generar respuestas correctas sin siquiera comprenderlas. Eso es. Memorizo, pero no hay chispa, no hay creatividad. ¡Vaya!

Terapeuta: ¿Qué más puedes decirme sobre el examen?

Cliente: Bueno, fue como lo hemos hablado antes. Lo estoy haciendo bien, pero no siento que en realidad esté a la altura. Recuerdo que mi hermano trajo a casa un trabajo en el bachillerato. Sacó una "C", pero el profesor le dijo a John que tenía un potencial real. Yo no creo tenerlo.

Terapeuta: Aun cuando obtengas una "A" no estás satisfecho.

Cliente: Así es. Nunca satisfecho. Podría obtener 42 "A" y nunca me sentiría bien. ¡Me odio!

Terapeuta: Hhm.

Cliente: A veces soy tan ridículo...

Terapeuta: Te sientes tonto debido a la forma en que reaccionas. ¿No es así?

Cliente: Podría dejarlo de lado, pensar en otras cosas. Pero no lo hago, y luego me siento tonto por no hacerlo.

Terapeuta: Te sientes tonto porque te sientes insatisfecho y tonto porque no lo olvidas simplemente.

Cliente: Sé que debería estar satisfecho con una "A". Otros chicos lo estarían. Estarían contentos de obtener una "A".

Terapeuta: Hhm.

Cliente: Pero no puedo. No me extraña que la familia esté tan orgullosa de John. Obtiene calificaciones decentes y está satisfecho, no como yo. Es un milagro que no estén hartos de mi abatimiento.

Terapeuta: Así que incluso con buenas calificaciones tu infelicidad es suficiente para molestar a las personas.

Cliente: Seguro. Pero de algún modo tengo que deshacerme de esta actitud derrotista. Tengo que pensar en el lado bueno.

Terapeuta: Hhm

Cliente: Muchas veces he tratado de olvidar mi falta de potencial. Sólo continuar e insistir.

Terapeuta: Sí. ¿Supongo que en realidad sientes que las personas te rebajan debido a esta falta de potencial?

Cliente: ¡Vaya, lo hicieron! En especial mi familia. En realidad nunca lo han dicho, pero podía saberlo por la forma en que actuaban.

Terapeuta: Hhm.

Cliente: Dicen que John en verdad tiene la cabeza sobre los hombros o (pausa) que puede encontrar la solución de cualquier cosa.

Terapeuta: Y esto te hace sentir una especie de falta de valía, no escuchar cosas como ésta sobre ti.

Cliente: Exacto.

Terapeuta: Hhm.

En esta sesión se expresaron sentimientos intensos. El cliente sentía que carecía de valor y que era inferior a su hermano. A pesar de un registro escolar sobresaliente, continuaba encontrando cómo demostrar que era inaceptable desde el punto de vista intelectual. El terapeuta no intentó contradecirlo o demostrarle que estaba en un error ni planteó comentarios tranquilizadores. Más bien, aceptó las afirmaciones del cliente y los sentimientos que transmitía.

Lo que es importante en la terapia centrada en el cliente son los sentimientos, no si están mal o si surgieron de una situación hogareña insana anterior. El terapeuta acepta los sentimientos en una manera que no transmite aprobación ni desaprobación, sólo comprensión. Es la comprensión y la aclaración ocasional lo que permite que el cliente se acerque cada vez más a un examen minucioso de sí mismo y de lo que puede hacer para cambiar las cosas. Sólo en una atmósfera de aceptación puede cultivarse y liberarse este potencial para la maduración. El caso ilustrativo anterior también resalta las declaraciones empáticas del terapeuta, a menudo resumiendo, casi en forma de inferencia, lo que el cliente sentía; por tanto, el terapeuta hace más que sólo aceptar los sentimientos del cliente. Al decir con otras palabras e inferir, recuerda al cliente lo que debe estar sintiendo.

A lo largo de los años, como cualquier movimiento, la terapia centrada en el cliente ha evolucionado y cambiado. Tanto el método como la teoría se han modificado y extendido. Un breve resumen de estos avances puede encontrarse en Greenberg y colaboradores (1994).

Otras aplicaciones

El enfoque centrado en el cliente fue desarrollado sobre todo en el contexto de la psicoterapia de consejería y sigue siendo su principal aplicación. Sin embargo, el movimiento ha encontrado otras aplicaciones. Por ejemplo, se usa con frecuencia en la capacitación en relaciones humanas. El interés en la relación, aceptación y afecto, a menudo es una parte integral de los programas de capacitación para los que buscan trabajar en centros de crisis, paraprofesionales que dan consejo y voluntarios en organizaciones o dependencias caritativas. Por tanto, ya sea que uno trate con profesionales como médicos y enfermeras, técnicos psicológicos o voluntarios de los Cuerpos de Paz, su capacitación en relaciones humanas a menudo contiene una dosis alta de la filosofía centrada en el cliente. Cuando este enfoque se aplica a problemas fuera de la sala de terapia, a menudo se denomina *enfoque centrado en la persona*.

Como veremos en el capítulo 15, grupos pequeños, de encuentro y de crecimiento personal utilizan la estructura centrada en el cliente. A menudo, estos grupos se establecen para reducir la tensión entre facciones en conflicto, como entre negros y blancos, obreros y administración, o estudiantes y profesorado. En algunos casos, instituciones como iglesias, empresas y sistemas escolares utilizan el enfoque centrado en el cliente para fomentar relaciones humanas mejoradas o cambios en el funcionamiento y metas institucionales.

Algunos comentarios concluyentes

Lo positivo. El enfoque centrado en el cliente ha tenido muchos efectos benéficos. Proporciona una alternativa seria a las formas psicoanalíticas tradicionales de terapia. Al hacerlo, ofreció la opción de centrarse en la autodeterminación y regulación interna, en lugar de los impulsos biológicos e instintos de la perspectiva freudiana. La persona en evolución que llegará a ser remplazará a la víctima de la historia personal. La libertad de elegir sustituyó a un conjunto de comportamientos determinado en forma mecánica.

Rogers demostró que no es necesario escarbar en el pasado a fin de conducir la psicoterapia. El énfasis se puso en la relación entre el cliente y el terapeuta,

y la aplicación de "técnicas" se volvió secundaria. Incluso la palabra *cliente* sugiere algo de importancia. La función de paciente pasivo en el contexto de la demanda de autoridad del médico fue reemplazada por la del cliente que busca en forma activa experimentar la elección, la igualdad y la libertad.

La postura ahistórica general de los rogerianos también condujo a una forma de terapia mucho más corta que el a menudo interminable psicoanálisis. El alejamiento de resoluciones prolongadas de relaciones de transferencia, de la reconstrucción detallada del pasado y de las experiencias catárticas, acortó en forma considerable el proceso terapéutico. Además, la función menos activa del terapeuta requiere menos capacitación. Dadas las necesidades de salud mental de Estados Unidos, cualquier disciplina terapéutica que pueda proporcionar personal más rápido y en forma más económica, debe considerarse en serio. Sin embargo, es posible que la terapia centrada en el cliente se haya convertido en una espada de dos filos. Algunos sienten que el eje humanista, centrado en el cliente, ha producido una generación entera de seudoterapeutas cuya falta de capacitación nunca puede compensarse por completo con su entusiasmo y "autenticidad".

Una contribución de proporciones importantes fue el énfasis de Rogers en la investigación. Fue responsable de los primeros esfuerzos concertados para llevar a cabo investigaciones sobre el proceso terapéutico. Fue él quien empleó por primera vez grabaciones de sesiones de terapia para estudiar el proceso e investigar su efectividad. El uso de grabaciones ahora es un ingrediente básico de la enseñanza y la investigación. Antes de Rogers, la santidad de la sala de terapia era guardada de verdad. Rogers abrió la terapia y la hizo un objeto de estudio en lugar de un tema misterioso. Al hacer disponibles grabaciones y transcripciones de sus sesiones de terapia, exhibió un grado de valor inusual para su tiempo (aunque puede ser un lugar común en la actualidad).

Además de los esfuerzos pioneros de Rogers y otros en la grabación y transcripción de entrevistas, se hicieron esfuerzos significativos para investigar los resultados de la terapia. Por ejemplo, Rogers y sus colegas elaboraron índices del resultado terapéutico basados en estimaciones del cliente de su autoconcepto presente y su autoconcepto ideal, junto con varios indicadores de mejoría recogidos de las sesiones de consejo, como la proporción de tiempo que habla el cliente con respecto al terapeuta y la responsabilidad de hablar (por ejemplo, Cartwright, 1956; Rogers y Dymond, 1954; Rogers, Gendlin, Kiesler y Truax, 1967; W. U. Snyder, 1961; Truax y Carkhuff, 1967; Truax y Mitchell, 1971).

Como se señaló en el capítulo 11, los metaanálisis de estudios que incluían una condición de tratamiento centrado en el cliente han indicado un tamaño del efecto de .62, lo que indica que un cliente que recibió esta forma de terapia estaba funcionando mejor (en promedio) que 73% de los que no recibieron tratamiento. Para investigar si este hallazgo caracterizaba a investigaciones "más recientes" (1978 a 1992) sobre la terapia centrada en el cliente, Greenberg y colaboradores (1994) llevaron a cabo otro metaanálisis. Es notable que sólo pudieran identificar ocho estudios realizados durante este periodo que investigaron la efectividad de la terapia centrada en el cliente y también incluían un grupo control. El tamaño del efecto promedio a lo largo de estos estudios fue .88; en promedio, un cliente en estos estudios funcionaba mejor que 81% de los que no recibieron tratamiento. Greenberg y colaboradores también pudieron evaluar la efectividad relativa de la terapia centrada en el cliente comparada con otras formas de tratamiento psicológico. De las siete comparaciones de interés, sólo en un caso la terapia centrada en el cliente superó a otro tratamiento (en este caso, terapia dinámica a corto plazo; A. E. Meyer, 1981). En resumen, la evidencia de la investigación sugiere que la terapia centrada en el cliente es efectiva, pero no más que cualquier otro tratamiento psicológico.

Lo negativo. Sin embargo, hay otro lado en la moneda. Los terapeutas centrados en el cliente repiten que sus esfuerzos no cambian a los clientes. En lugar de ello, dicen, se libera el potencial interior del cliente para la maduración. Ya sea que esta opinión se base en convicción o modestia, parece incompleta. La terapia es un

estímulo (cuyo carácter particular se ve afectado en gran medida por el terapeuta) que pone en movimiento muchas reacciones. Ya sea que estas reacciones se consideren positivas, negativas o neutrales, parece ser atribuible en gran medida a los estímulos y los métodos del terapeuta.

Los terapeutas centrados en el cliente afirman que a fin de entender a los clientes, uno debe ponerse en sus zapatos para experimentar el mismo mundo fenoménico. Pero, ¿cómo hace uno eso? ¿Con intuición? ¿Cómo se despoja uno por completo alguna vez de los prejuicios idiosincrásicos de una estructura personal? Los críticos sostendrían que evitar la evaluación y poner poca atención al pasado deterioran la capacidad del terapeuta para comprender y entrar en la estructura perceptiva del cliente.

La terapia centrada en el cliente parece ser sólo una técnica, o más bien una actitud: empatía, aceptación y consideración positiva incondicional. Por tanto, se trata igual a cada cliente. El terapeuta no necesita evaluar a cada persona para elegir la terapia más efectiva o la técnica específica que se ajuste a sus características únicas. Por tanto, ¡podría ser un buen argumento para la opinión de que la terapia centrada en el cliente en realidad es centrada en la técnica!

También hay una fe duradera en que el cliente está mejor enterado. El interés del movimiento en la democracia, la libertad de elección y la supremacía indisputable del potencial interior del cliente, conduce a una condenación de la "interferencia" del terapeuta por medio de interpretación, consejo o valores expresados. Pero en muchos casos, la gravedad de los problemas del cliente o la cualidad desviada de sus valores parecería dictar el uso de un conjunto de procedimientos más activo y directivo. Uno bien podría tener razón al dudar de la sabiduría y recursos de un psicópata o esquizofrénico. Aun si fuera verdad que, dados un tiempo ilimitado o circunstancias óptimas, cada cliente pudiera tomar las decisiones correctas o alcanzar las conclusiones apropiadas (aunque puede ser que ésta no sea una proposición comprobable), parece ser una forma muy ineficiente de operar. Los terapeutas centrados en el cliente parecen buscar cambiar al cliente (aunque afirman que no lo hacen) sin recopilar suficientes datos de diagnóstico y/o históricos para hacerlo con eficiencia. Su énfasis en los reportes verbales del cliente los pone a merced de información que a menudo es defensiva, distorsionada e incompleta.

Gran parte de la investigación sobre la efectividad de la terapia centrada en el cliente se basa en criterios internos. Es decir, se dice que los clientes están mejorando cuando se responsabilizan más de la conversación durante la sesión de terapia o hablan proporcionalmente más que el terapeuta. Pero otros afirmarían que los criterios reales para la mejoría deben provenir de afuera de la sala de terapia (por medio de observación, reportes de colegas y cónyuges, etc.). Sin validación de dichas fuentes, es posible que cualesquiera cambios del cliente observados dentro de la sala de terapia representen ajustes a las demandas de la situación, en lugar de cambios que se generalizarán más allá de los confines de la terapia.

Con mucha frecuencia, las descripciones de las filosofías y procedimientos de tratamiento centrados en el cliente son únicas e incluyen una gran cantidad de terminología sin definir. Palabras como *ser, volverse, realizarse* y *congruencia* no están definidas con claridad o parecen llevar un excedente de significado que es difícil de comunicar de manera confiable. En otras ocasiones, hay una grandiosidad de lenguaje que parece no estar de acuerdo con la modestia que aparece por todas partes. Por ejemplo, Rogers (1951) dice: "La terapia es la esencia de la vida" (p. x).

Aunque algunos pueden tan sólo atribuir esto a la jerga, no obstante hay una tendencia marcada en los rogerianos a usar lenguaje matizado en forma emocional de tal forma que casi tiene una función de propaganda. Palabras como *no directivo* y *centrado en el cliente* no sólo parecen transmitir algo marcadamente positivo, sino por connotación parecen describir a otros enfoques como directivos o centrados en el terapeuta. Es probable que una terminología que incluye palabras como *libertad, democrático, genuino, afecto* y *auténtico* ponga en una desventaja inmediata a los defensores de otros enfoques. Antes de que dichos defensores puedan explicar sus enfoques, quizá tengan que responder a acusaciones implícitas de ser autoritarios, centrados en la técnica, controladores y sin valores humanistas comunes.

Por último, el enfoque centrado en el cliente creció y alcanzó la mayoría de edad en los recintos universitarios. Los clientes de los años cuarenta y cincuenta eran estudiantes universitarios que recibían tratamiento en los centros de consejería universitarios. La mitad de las veces, los terapeutas capacitados en la tradición rogeriana en estos centros se volvían miembros del personal en otros centros de consejería universitarios. Vale la pena señalar que, comparados con la población general, los estudiantes universitarios como grupo son más brillantes, tienen mejor educación y desadaptaciones menos graves cuando presentan problemas, además cuentan con un arsenal más fuerte de métodos de afrontamiento. Es probable que los llamados métodos no directivos centrados en el cliente sean más efectivos con dicha población que con, por ejemplo, sujetos con psicosis, habilidades verbales deficientes o antecedentes de una educación limitada.

El movimiento humanista existencial

Los hilos de la fenomenología, el humanismo y el existencialismo en la psicología están entretejidos en forma inextricable. En la sección anterior vimos la importancia que daba Rogers a la experiencia inmediata. Esto es fenomenología básica. Al mismo tiempo, los enfoques centrados en el cliente subrayan la valía, unicidad y dignidad del cliente. Esto es humanismo básico. Antes de proceder a exponer las terapias existenciales, la logoterapia y la terapia gestalt, hagamos una pausa para reconocer la tradición humanista que impregna a estas terapias.

Humanismo

Aunque la psicología humanista es un avance bastante reciente, sus orígenes se remontan muy atrás en la filosofía y la historia de la psicología. Cuando uno habla de *humanismo,* piensa en psicólogos como Allport, Goldstein, James, Murray y Rogers. Los valores con que el humanismo contribuye a la psicología no tienen sus raíces en el determinismo del psicoanálisis o del conductismo. Desde una perspectiva humanista, las personas no son productos del pasado, el inconsciente o el ambiente; más bien, ejercen el libre albedrío en la búsqueda de su potencial interior y autorrealización. No son parches fragmentados de cogniciones, sentimientos y aspiraciones, sino seres unificados, completos y únicos. Entender es apreciar esas cualidades, y esta comprensión sólo puede lograrse a través de la conciencia de la experiencia de la persona. Los llamados constructos científicos basados en normas, experimentos o datos, deben dar paso a la intuición y empatía. El énfasis no se pone en la enfermedad, las desviaciones o las denominaciones diagnósticas, sino en la lucha positiva, la autorrealización, la libertad y la naturalidad. Bugental (1965), Buhler (1971), Buhler y Allen (1971), Jourard (1971) y Maslow (1962) han abordado varios aspectos de estos valores. En una forma u otra, el humanismo se expresa como una resistencia al determinismo positivista de la ciencia y como una adopción activa de la humanidad esencial de la gente.

Terapia existencial

La *psicología existencial* rechaza las opiniones mecanicistas de los freudianos y en su lugar ve a las personas como comprometidas en una búsqueda de significado. En una época en que mucha gente está atribulada por los problemas imponentes de una sociedad tecnológica y busca reparar sus modos enajenados de vida, el existencialismo ha ganado una gran popularidad. Parece prometer la restauración del significado de la vida, un incremento en el despertar espiritual y maduración individual que permitirá liberarse de las trabas convencionales creadas por una sociedad conformista (Bugental, 1978).

Difícilmente un movimiento unificado que habla con una sola voz, la perspectiva existencial resulta ser muchas opiniones. Sus raíces se encuentran en lo profundo de las filosofías de Kierkegaard, Heidegger, Tillich, Sartre, Jaspers y otros. Cuando exponemos las aplicaciones psicológicas del existencialismo, vienen a la mente nombres como Binswanger, Boss, Gendlin, Frankl, May y Laing. Desde el punto de vista filosófico, el existencialismo surge de las mismas fuentes que la fenomenología (MacLeod, 1964; Van Kaam, 1966).

PERFIL 13-1

Leslie S. Greenberg, Ph. D.



El doctor Leslie S. Greenberg es profesor de psicología en la Universidad York en Toronto, Canadá. Se especializa en la investigación de la psicoterapia y se ha convertido en un líder en la conceptualización y estudio de la psicoterapia experiencial. Este enfoque psicoterapéutico que proviene de la tradición humanista existencial enfatiza la experiencia o fenomenología del cliente, su potencial para el cambio o maduración y el valor de la relación terapéutica y la validación emocional. Es autor de 12 libros y más de 100 capítulos de libros o artículos, y recibió numerosos honores y reconocimientos por su trabajo en el campo, incluyendo un Premio a la Carrera Inicial de la Sociedad para la Investigación de la Psicoterapia. El doctor Greenberg respondió varias preguntas respecto a sus opiniones sobre la disciplina al igual que sobre sus predicciones para el futuro de la psicología clínica y de la psicoterapia experiencial.

¿Por qué se interesó en un principio en el campo de la psicología clínica?

En 1970 cambié de un grado de maestría en ingeniería a la psicología cuando buscaba mayor relevancia social y personal. Completé mi licenciatura en ingeniería en Sudáfrica, donde había ido a estudiar ingeniería en lugar de física debido a que me gustaba trabajar con las personas y pensé que la ingeniería me conduciría más al manejo y trabajo con la gente. Participé en la política estudiantil contra el *apartheid* en Sudáfrica, y cuando llegué a Canadá en los años sesenta no era feliz en la ingeniería y estaba mucho más interesado en las personas. También veía la psicología como una forma de involucrarme más con los problemas de la época: maduración personal y cambio de la sociedad.

Describa en qué actividades participa como psicólogo clínico.

Enseño consejería, psicoterapia y participo en investigación sobre el proceso de cambio y la función de la emoción en este proceso. Superviso la práctica clínica de los estudiantes en los estudios de investigación que realizo. Tengo una práctica privada en que veo a individuos y parejas. Escribo.

¿Cuáles son sus áreas particulares de experiencia o interés?

Me especializo en investigación de la psicoterapia, enfocándome de manera más específica en el proceso de cambio y en los métodos de intervención experiencial e integrador. Me interesa en particular devolver la emoción a la psicoterapia, ya que veo que esto es central en el funcionamiento y el cambio.

¿Cuáles son las tendencias que ve para la psicología clínica?

Creo que al final sólo habrá un área de estudio, salud mental, que integrará las diversas disciplinas —psicología clínica, trabajo social, psiquiatría (quizá) y enfermería— y los diferentes niveles de intervención —biológico, psicológico, social, etc.— además del fin de las escuelas de terapia y las guerras entre escuelas.

¿Cuáles son algunas tendencias futuras que ve para la terapia experiencial/humanista existencial?

Veo que la terapia experiencial vence su herencia de ser vista como algo que representa "sólo" escuchar, basándose en la perspectiva de las personas que tienden a la realización, que es una guía interna para la salud, y que el simple hecho

(continúa)

Perfil 13-1 *(continuación)*

de entrar en contacto con los sentimientos de uno conducirá a la salud. Aunque hay algo de verdad en todas estas afirmaciones, veo que éstas se diferencian y modifican más conforme se incrementa nuestra comprensión del funcionamiento. La terapia experiencial se desarrollará desde el punto de vista teórico más allá de sus afirmaciones originales hacia una perspectiva más compleja del funcionamiento humano, basada en la emoción y en la teoría e investigación constructivistas. Ofrecerá una visión de proceso del funcionamiento y la terapia, y profundizará en los estados dentro de la sesión que son sensibles a tipos particulares de intervención y cómo ocurre el cambio en estos estados. También veo que la terapia experiencial se basa más en la investigación. Al final, se integrará en un enfoque no basado en escuelas que ofrecerá una comprensión del proceso dentro de la sesión.

Los existencialistas hacen varias afirmaciones acerca de la naturaleza humana (Kobasa y Maddi, 1977; Maddi, 1989). Lo básico para todos es una característica humana fundamental: la búsqueda de significado (Binswanger, 1963; Boss, 1963). Esta búsqueda se lleva a cabo por medio de la imaginación, simbolización y juicio. Todo esto ocurre en una matriz de participación en la sociedad. Desde el punto de vista de su ambiente físico y de su ambiente biológico, las personas funcionan en un contexto social.

Una faceta crucial de la personalidad es la toma de decisiones, la cual abarca tanto el mundo de los hechos como el de las posibilidades. Por tanto, la personalidad no es sólo lo que uno es —un ser biológico, social y psicológico— sino también lo que uno podría llegar a ser. Muchos existencialistas creen que la toma de decisiones comprende un conjunto de opciones inevitables. Uno puede elegir el presente (el *statu quo*), lo cual representa la falta de cambio y un compromiso con el pasado. Esta opción conducirá al sentimiento de culpa y al remordimiento por las oportunidades perdidas. Pero uno también puede elegir una alianza con el futuro. Esta opción impulsa a la persona hacia el futuro con una ansiedad que se deriva de la incapacidad de uno para predecir y controlar lo desconocido. Tales experiencias de culpa y ansiedad no son aprendidas, sino que son parte de la esencia de la vida. Requiere valor elegir el futuro y sufrir las ansiedades inevitables que trae consigo esta elección. Una persona puede encontrar ese valor al tener fe en sí mismo y al reconocer que elegir el pasado conducirá de manera inevitable a un sentimiento de culpa que es aún más aterrador que la ansiedad.

Metas de la terapia. La meta final de la psicoterapia existencial es ayudar al individuo a alcanzar un punto en que pueda ejercer con responsabilidad la conciencia y la toma de decisiones. El ejercicio de las capacidades cognoscitivas permitirá el logro de estados superiores de amor, intimidad y comportamiento social constructivo. Por medio de la terapia, uno debe aprender a aceptar la responsabilidad por las decisiones propias y tolerar la ansiedad que se acumula conforme uno se mueve hacia el cambio. Esto supone confianza en uno mismo y capacidad para aceptar aquello que no se puede cambiar o que es inevitable.

Técnicas. La terapia existencial no se interesa en las técnicas. Con demasiada frecuencia, éstas implican que el cliente es un objeto al cual se aplicarán. En lugar de ello, el énfasis se pone en comprender y en experimentar al cliente como una esencia única. La terapia es un encuentro que debe permitir a éste aproximarse cada vez más a la experiencia. Al experimentar el self, el cliente puede aprender a dar significado y valor a la vida. En ocasiones el terapeuta enfrentará al cliente con interrogantes que lo obligarán a examinar las razones para el fracaso en la búsqueda de significado en la vida. Por ejemplo, puede preguntarse a un sujeto que se queja en forma repetida de que su empleo no es muy satisfactorio por qué no busca otro trabajo o regresa a la escuela para capacitarse más. Estas preguntas pueden obligar al cliente a examinar su orientación hacia el pasado con mayor detenimiento y esto, a su vez, crea sentimientos de culpa y una sensación de vacuidad. Gendlin

(1969, 1981) expone el enfoque como medio de alcanzar la sensación preconceptual. Esto se logra haciendo que los clientes se concentren en la sensación corporal concreta de lo que los atribula. Se fomentan los silencios para ayudarlos a lograrlo. Sin embargo, se han publicado muy pocos estudios de investigación que evalúan la efectividad del enfoque al tratar a los clientes; su eficacia, por consiguiente, queda aún por establecerse (Greenberg y cols., 1994).

Logoterapia

Una de las formas más conocidas de la terapia existencial es la *logoterapia*. Esta técnica alienta al cliente a encontrar el significado en lo que parece ser un mundo insensible, descuidado y carente de significado. Viktor Frankl elaboró la técnica. Sus primeras ideas fueron moldeadas por la influencia freudiana. Sin embargo, se movió hacia una estructura existencial conforme intentaba encontrar formas para enfrentar las experiencias en los campos nazis de concentración. Él perdió a su madre, padre, hermano y esposa en el holocausto nazi y estuvo al borde de la muerte (Frankl, 1963). Le parecía que las personas que no pudieron sobrevivir en estos campos sólo poseían los significados convencionales de la vida para sostenerlas. Pero estos significados convencionales no podían enfrentar las realidades de las atrocidades nazis. Por consiguiente, lo que se requería era un significado personal para la existencia. A partir de sus experiencias durante la guerra y las perspicacias existenciales que él sintió que le permitieron sobrevivir, desarrolló la logoterapia (la terapia del significado). Muchas de sus ideas se expresan en una serie de libros (Frankl, 1963, 1965, 1967). Sus opiniones sobre la personalidad y sus ideas sobre las metas de la terapia por lo general concuerdan con nuestra exposición previa del existencialismo. Sin embargo, no siempre está claro que las técnicas de la logoterapia guarden alguna relación cercana o racional con la teoría.

La logoterapia está diseñada no para remplazar sino para complementar la psicoterapia más tradicional. Sin embargo, cuando la esencia de un problema emocional particular parece dar lugar a esfuerzos desesperados por entender el significado o la inutilidad de la vida, Frankl considera la logoterapia como la terapia de elección específica. Ésta lucha entonces por inculcar una sensación de propia responsabilidad y obligaciones del cliente con la vida (una vez que se ha revelado el significado de esta última). Frankl da mucha importancia a la responsabilidad, puesto que la considera más importante que los hechos históricos en la vida del cliente. Lo que es crucial es el significado del presente y el panorama para el futuro.

En particular, dos técnicas descritas por Frankl (1960) han obtenido una exposición considerable. La *intención paradójica* es una técnica popular en que se le pide al sujeto que intente en forma consciente realizar el comportamiento o respuesta que es el objeto de la ansiedad y la preocupación. Por tanto, un deseo paradójico reemplaza al temor. Por ejemplo, suponga que una cliente se queja de que teme ruborizarse cuando habla ante un grupo. Se le indicaría que tratara de ruborizarse en tales ocasiones. De acuerdo con Frankl, el hecho paradójico es que por lo general será incapaz de ruborizarse cuando intente hacer lo que teme que hará. De manera típica, el terapeuta trata de manejar todo esto en un tono ligero. Por ejemplo, en el caso de un cliente temeroso de temblar ante su profesor, Frankl (1965) le indica que se diga: "¡Oh, aquí está el profesor! Ahora le mostraré lo buen temblador que soy; en verdad le mostraré lo bien que puedo temblar" (p. 226). Este procedimiento se parece a los de la terapia implosiva, los cuales se exponen en el capítulo 14. Alguna evidencia sugiere la efectividad de estas técnicas (Shoham-Salomon y Rosenthal, 1987).

La segunda técnica, la *derreflexión*, instruye al cliente para que ignore un comportamiento o síntoma problemático. Muchos clientes están armonizados en forma exquisita con sus respuestas y reacciones corporales. La derreflexión intenta distraer la atención del cliente hacia actividades y reflexiones más constructivas.

Terapia gestalt

En la *terapia gestalt* se destacan la experiencia presente y la conciencia inmediata de la emoción y la acción. "Estar en contacto" con los sentimientos de uno reemplaza la búsqueda de los orígenes del

comportamiento. Los problemas existenciales expresados por no hallar significado a la vida han surgido en una sociedad tecnológica que separa a las personas de ellas mismas. La "irrealidad" de las computadoras y de las tarjetas plásticas de crédito ha arrollado al verdadero significado de la vida, el cual sólo puede encontrarse en la experiencia inmediata de las emociones. La terapia gestalt promete restaurar el equilibrio apropiado.

Un movimiento de heterogeneidad. Frederick (Fritz) Perls es la figura que se identifica en forma más estrecha con el desarrollo del movimiento de la terapia gestalt. La educación inicial de Perls fue en medicina y psicoanálisis. Dejó Alemania en 1934, después de que los nazis llegaron al poder, y se estableció en Sudáfrica, donde estableció un instituto psicoanalítico. Conforme pasó el tiempo, comenzó a alejarse de los dogmas del psicoanálisis e inició el desarrollo de lo que se convertiría en la terapia gestalt. En 1946, Perls emigró a Estados Unidos. Murió en 1970.

La terapia gestalt es una mezcla heterogénea de técnicas e ideas. Los terapeutas gestalt no se ponen de acuerdo entre ellos y en ocasiones parecen deleitarse en su falta de acuerdo. Su meta no parece ser la construcción de una teoría monolítica de la terapia, sino expresar por medio de su terapia su sentido de unicidad e interpretación de la vida. Incluso la contribución del mismo Perls difícilmente fue un modelo de consistencia. Algunas de sus obras principales, *Ego, Hunger, and Aggresion* (Perls, 1947), *Gestalt Therapy* (Perls, Hefferline y Goodman, 1951), *Gestalt Therapy Verbatim* (Perls, 1969a) e *In and Out the Garbage Pail* (Perls, 1969b), expresan una variedad de ideas. Kempler (1973) proporciona un relato de la teoría de la terapia gestalt, al igual que Smith (1976). Se agrega a la confusión el hecho de que la terapia gestalt no tiene mucho que ver con los principios de la gestalt de Wertheimer, Koffka, Kohler o Lewin. Las conexiones son más superficiales que sustantivas.

Nociones básicas. La conceptualización de la persona como un todo organizado, no como una colección desarticulada de emociones, cogniciones y comportamientos, es central para la terapia gestalt.

FIGURA 13-1 "Fritz" Perls, el pintoresco fundador de la terapia gestalt así como de varios institutos gestalt en Cleveland, Nueva York y Los Ángeles. También estuvo asociado con el Instituto Esalen en Big Sur, California
© Esalen Institute/Fotografía de Paul Herbert.



También se encuentra entre sus explicaciones la advertencia de que los individuos deben desarrollar una conciencia no sólo de ellos mismos, sino también de las formas en que se derrotan. Esta conciencia se alcanza por medio de la expresión de lo que uno siente *ahora*, momento a momento. Lo que sea que esté impidiendo el progreso hacia un plano superior de adaptación debe experimentarse de modo que, también, se vuelva parte de la conciencia. Se supone que el potencial interior de la persona es capaz de superar los problemas de adaptación; pero primero debe darse cuenta tanto de los obstáculos para mejorar la adaptación como del potencial en sí.

El terapeuta se convierte en un agente catalizador que facilita la conciencia del cliente de la forma en que el potencial interior se está desviando de la expresión; por tanto, no le da al cliente razones para el uso ineficaz del potencial ni le dice cómo empezó todo. En lugar de ello, le muestra dónde reside la responsabilidad para que el cliente tenga experiencias más efectivas: en el cliente. El énfasis se pone en la conciencia momentánea, no en la recuperación de recuerdos o impulsos reprimidos. Sin embargo, aunque Perls rechazaba muchas características del psicoanálisis, su enfoque es una amalgama de existencialismo y psicoanálisis. Por ejemplo, parece aceptar con facilidad la importancia la perspicacia psicoanalítica tradicional respecto de la naturaleza de la motivación y las defensas.

El ahora. Para Perls, la realidad es ahora, el comportamiento es ahora y la experiencia es ahora. Buscar respuestas en el pasado es tratar con lo que ya no existe. La terapia es ahora, y debe tratar y fomentar la conciencia del cliente de ese ahora. Uno sólo puede percatarse de la propia capacidad para madurar atacando cualquier cosa que amenace desviar la conciencia del ahora. Como señaló Perls (1970), "Para mí, no existe nada excepto el ahora. Ahora = experiencia = conciencia = realidad. El pasado ya no es y el futuro no es todavía. Sólo existe el *ahora*" (p. 14).

Para el terapeuta gestalt, la ansiedad es la brecha entre el ahora y el después (una preocupación por lo que puede traer el futuro). Estar preocupado por el pasado también crea muchas emociones negativas. Centrarse en el pasado o en el futuro conduce a una inmovilización en el presente. Durante la terapia, se requiere que el paciente repita "Ahora estoy consciente..." O el terapeuta pregunta con frecuencia "¿De qué está consciente ahora?" La función de éste es llamar la atención del paciente en forma constante a los sentimientos, pensamientos y experiencias presentes. Sin embargo, no interpreta, debido a que se supone que la conciencia del ahora tiene sus poderes curativos. Esta conciencia permitirá al paciente integrar los aspectos antes negados de su personalidad.

Comportamiento no verbal. A fin de demostrar las defensas del paciente y exponer los juegos que se están practicando, el terapeuta a menudo pone atención estrecha al comportamiento no verbal. El paciente puede decir una cosa pero sugerir lo opuesto por medio de varias claves. Tomemos el siguiente ejemplo:

Terapeuta: ¿Cómo se siente?

Paciente: Estoy tranquilo; me siento bien.

Terapeuta: ¿Lo está en realidad?

Paciente: Oh, sí.

Terapeuta: ¿Por qué está sentado tan rígido, más tieso que un huso?

Paciente: ¡No lo estoy!

Terapeuta: Compruébelo. ¿Ve sus piernas, siente su espalda contra la silla?

Paciente: Veo lo que quiere decir.

Terapeuta: Deje que hable la rigidez. ¿Qué le está diciendo?

Paciente: Tengo miedo de soltarme; siento como que estoy tratando de controlarme.

Al poner atención a las claves no verbales, el terapeuta fue capaz de ir directo a una experiencia significativa. Utilizó la clave de la postura para obtener los sentimientos que existían ahora y ayudó al paciente a ponerse en contacto con ellos.

Sueños. El psicoanalista pide al paciente que asocie con varios elementos de los sueños. El terapeuta gestalt, en contraste, intenta que el paciente vuelva a vivir el sueño ahora, en la sala de terapia. Esto significa incluso la representación del sueño. De acuerdo con el terapeuta gestalt, la interpretación sólo conduce a una perspicacia intelectualizada. En la terapia gestalt, el paciente descubre el yo interior que enfrenta la experiencia onírica en forma directa. El sueño transmite mensajes o incluso compendia los lados conflictivos del self. Un sueño es una especie de reflejo condensado de la existencia del individuo y las formas utilizadas para no enfrentarse a uno mismo. Al representar el papel de varias personas u objetos en el sueño, el individuo puede aprender a reconocer e identificar las partes enajenadas del self y luego integrarlas.

El terapeuta se convierte en un agente catalizador que facilita la conciencia del cliente de la forma en que el potencial interior se está desviando de la expresión; por tanto, no le da al cliente razones para el uso ineficaz del potencial ni le dice cómo empezó todo. En lugar de ello, le muestra dónde reside la responsabilidad para que el cliente tenga experiencias más efectivas: en el cliente. El énfasis se pone en la conciencia momentánea, no en la recuperación de recuerdos o impulsos reprimidos. Sin embargo, aunque Perls rechazaba muchas características del psicoanálisis, su enfoque es una amalgama de existencialismo y psicoanálisis. Por ejemplo, parece aceptar con facilidad la importancia la perspicacia psicoanalítica tradicional respecto de la naturaleza de la motivación y las defensas.

El ahora. Para Perls, la realidad es ahora, el comportamiento es ahora y la experiencia es ahora. Buscar respuestas en el pasado es tratar con lo que ya no existe. La terapia es ahora, y debe tratar y fomentar la conciencia del cliente de ese ahora. Uno sólo puede percatarse de la propia capacidad para madurar atacando cualquier cosa que amenace desviar la conciencia del ahora. Como señaló Perls (1970), "Para mí, no existe nada excepto el ahora. Ahora = experiencia = conciencia = realidad. El pasado ya no es y el futuro no es todavía. Sólo existe el *ahora*" (p. 14).

Para el terapeuta gestalt, la ansiedad es la brecha entre el ahora y el después (una preocupación por lo que puede traer el futuro). Estar preocupado por el pasado también crea muchas emociones negativas. Centrarse en el pasado o en el futuro conduce a una inmovilización en el presente. Durante la terapia, se requiere que el paciente repita "Ahora estoy consciente..." O el terapeuta pregunta con frecuencia "¿De qué está consciente ahora?" La función de éste es llamar la atención del paciente en forma constante a los sentimientos, pensamientos y experiencias presentes. Sin embargo, no interpreta, debido a que se supone que la conciencia del ahora tiene sus poderes curativos. Esta conciencia permitirá al paciente integrar los aspectos antes negados de su personalidad.

Comportamiento no verbal. A fin de demostrar las defensas del paciente y exponer los juegos que se están practicando, el terapeuta a menudo pone atención estrecha al comportamiento no verbal. El paciente puede decir una cosa pero sugerir lo opuesto por medio de varias claves. Tomemos el siguiente ejemplo:

Terapeuta: ¿Cómo se siente?

Paciente: Estoy tranquilo; me siento bien.

Terapeuta: ¿Lo está en realidad?

Paciente: Oh, sí.

Terapeuta: ¿Por qué está sentado tan rígido, más tieso que un huso?

Paciente: ¡No lo estoy!

Terapeuta: Compruébelo. ¿Ve sus piernas, siente su espalda contra la silla?

Paciente: Veo lo que quiere decir.

Terapeuta: Deje que hable la rigidez. ¿Qué le está diciendo?

Paciente: Tengo miedo de soltarme; siento como que estoy tratando de controlarme.

Al poner atención a las claves no verbales, el terapeuta fue capaz de ir directo a una experiencia significativa. Utilizó la clave de la postura para obtener los sentimientos que existían ahora y ayudó al paciente a ponerse en contacto con ellos.

Sueños. El psicoanalista pide al paciente que asocie con varios elementos de los sueños. El terapeuta gestalt, en contraste, intenta que el paciente vuelva a vivir el sueño ahora, en la sala de terapia. Esto significa incluso la representación del sueño. De acuerdo con el terapeuta gestalt, la interpretación sólo conduce a una perspicacia intelectualizada. En la terapia gestalt, el paciente descubre el yo interior que enfrenta la experiencia onírica en forma directa. El sueño transmite mensajes o incluso compendia los lados conflictivos del self. Un sueño es una especie de reflejo condensado de la existencia del individuo y las formas utilizadas para no enfrentarse a uno mismo. Al representar el papel de varias personas u objetos en el sueño, el individuo puede aprender a reconocer e identificar las partes enajenadas del self y luego integrarlas.

Perro superior y perro inferior. Cuando los conflictos entrañan aspectos opuestos de la personalidad, puede pedirse al paciente que represente cada parte en un diálogo. Las partes opuestas por lo general son análogas al superyó y al ello de Freud. El perro superior es el superyó y contiene los "debería" introyectados de la personalidad (órdenes paternas y cosas por el estilo). El perro inferior es parecido al ello. Es primitivo, evasivo y perturba en forma constante los esfuerzos del perro superior. Al representar ambos papeles en un diálogo, el paciente puede integrar estos dos aspectos conflictivos del self.

Las defensas. En la terapia gestalt, el objetivo es exponer los juegos en que participan los clientes y las defensas que ocultan detrás de éstos. Perls explica el comportamiento neurótico en función de capas. En la primera, el cliente participa en juegos, evita enfrentar al self y en general no es una persona auténtica. La terapia gestalt obliga a uno a experimentar y volverse consciente de estas simulaciones. Pero esta conciencia es amenazadora, debido a que conduce a una experiencia de los temores que las simulaciones ayudaron a evadir. El comportamiento genuino es amenazador porque podría conducir a consecuencias terribles (o al menos ésta es la hipótesis del cliente). En efecto, conforme son expuestos también los sustentos ambientales, el cliente se aterroriza, sintiendo que la capacidad interior para madurar no es igual a la renuncia de las defensas neuróticas a favor de un comportamiento independiente honesto. Por último, el cliente se percata de la vaciedad que están produciendo las ansiedades, fobias o dudas. Esta conciencia lo impulsa a una experiencia de vivacidad, integridad y autenticidad.

Responsabilidad. Es de gran importancia en la terapia gestalt lograr que los clientes acepten la responsabilidad de sus acciones y sentimientos. Éstos pertenecen al cliente y no puede negarlos, escapar de ellos o echar la culpa de ellos a algo o alguien más. En resumen, si uno tuviera que extraer de las exposiciones sobre la terapia gestalt las cuatro palabras más descriptivas, podrían ser *conciencia*, *experiencia*, *ahora* y *responsabilidad*.

Las reglas. Las "reglas" de la terapia gestalt (Levitsky y Perls, 1970) incluyen las siguientes:

1. La comunicación es en tiempo presente (se desalienta mirar hacia atrás o hacia delante).
2. La comunicación es entre iguales (uno habla con, no le habla a).
3. Uno usa la primera persona: "yo", en lugar del impersonal: "se" (para fomentar la aceptación de la responsabilidad).
4. El cliente se enfoca en forma continua en la experiencia inmediata (por ejemplo, el terapeuta pregunta: "¿Cómo se siente al describir la hostilidad?" "Dígame qué está sintiendo en este momento").
5. No hay chismorreo (hablar sobre alguien más).
6. Se desalientan las preguntas (debido a que a menudo son formas disimuladas de establecer opiniones en lugar de buscar información).

Juegos gestalt. Los gestaltistas han recibido mucha atención por los llamados juegos que han elaborado (Levitsky y Perls, 1970). Por ejemplo, se enseña a los clientes a agregar la frase "y me responsabilizo de esto" cuando describen algo sobre ellos. Por tanto, "No soy una persona muy feliz... y me responsabilizo de esto". Otro juego es hacer que el cliente repita una y otra vez (y cada vez más alto) alguna frase o comentario que el terapeuta considere importante. A menudo se emplean varios aspectos de la representación de papeles. Todavía no se establece en forma empírica en qué medida se generalizan cualesquier efectos positivos de estos juegos más allá de la sala de terapia.

Preceptos morales. Naranjo (1970) describe los "preceptos morales" (o reglas con que deben vivir los pacientes) de la terapia gestalt:

1. Vivir ahora. (No interesarse en el pasado ni en el futuro, sino en el presente.)
2. Vivir aquí. (Interesarse en lo que está presente, no en lo ausente.)
3. Dejar de imaginar. (Experimentar sólo lo real.)
4. Dejar el pensamiento innecesario. (Orientarse a escuchar, ver, oler, saborear y tocar.)
5. Expresarse en forma directa. (No explicar, juzgar ni manipular.)

6. Estar consciente tanto de lo agradable como de lo desagradable.
7. Rechazar todos los "debería" y "tendría" que no son suyos.
8. Responsabilizarse plenamente de sus acciones, pensamientos y sentimientos.
9. Entregarse a ser lo que es en realidad.

Comentarios concluyentes. Como se indicó en el capítulo 11, Smith y colaboradores (1980) reportaron un tamaño del efecto de .64 para las terapias gestalt, basado en un amplio metaanálisis de estudios pertinentes. El cliente promedio que recibió terapia gestalt en estos estudios funcionaba mejor que 74% de los que no recibieron tratamiento. Por desgracia, se han publicado muy pocas investigaciones sobre terapia gestalt desde esta revisión. De los estudios que han aparecido en fechas más recientes, ninguno sugiere que esta terapia sea más efectiva que otras formas de tratamiento, y algunos hacen entrever que puede ser menos efectiva (Greenberg y cols., 1994). Una razón por la que sabemos relativamente poco sobre la efectividad de la terapia gestalt es que la mayoría de los terapeutas gestalt se opone con vehemencia a la idea de la investigación. Por razones que no siempre son claras, la investigación de evaluación es vista casi como una empresa antihumanista.

La terapia gestalt se arraigó en Estados Unidos en una época de agitación social y enajenación. Como resultado, su clientela más adecuada puede resultar ser personas jóvenes, bien educadas, cuyos problemas se centran en la pérdida del afecto y la enajenación personales. Los terapeutas de orientación gestáltica en ocasiones parecen trabajar muy bien con personas con educación universitaria que han perdido contacto con sus sentimientos y experiencia inmediata. De seguro no serán un antídoto adecuado para todos los pacientes; ninguna terapia lo es. Sin embargo, está por verse si la terapia gestalt se convertirá en algo más que una solución ostentosa y si será capaz de abordar con éxito los problemas de la vida que una amplia gama de pacientes lleva a la terapia. Al tratar sólo con el presente, la terapia gestalt corre el peligro de convertirse en una solución de vida corta que reemplaza la búsqueda de significado con un hedonismo que puede ser bastante atractivo para algunos cuyo roce con una sociedad tecnócrata poderosa los ha dejado inhibidos y controlados en exceso. Al mismo tiempo, la terapia gestalt ya ha demostrado un poder de permanencia mayor del que esperaban muchos.

Evaluación sumaria de las terapias fenomenológicas y humanistas existenciales

Como hemos mencionado a lo largo de este capítulo, resulta sorprendente la escasez de estudios sólidos —desde el punto de vista empírico— para evaluar la efectividad de las terapias centrada en el cliente, gestalt y otras modalidades existenciales. Esto es algo irónico, dado el papel pionero de Carl Rogers en la investigación de la psicoterapia. Aunque algunos creen que esta situación está cambiando (Greenberg y cols., 1994), la falta relativa de estudios de resultados bien controlados dificulta una valoración de la efectividad de estas terapias. Con fundamento en esta base de datos limitada, parece que dichos tratamientos son moderadamente efectivos, pero, de nuevo, no más que cualquier otro. Es claro que se necesita más información, en especial estudios que investiguen las condiciones clínicas para las que son más apropiados estos enfoques.

Las terapias fenomenológicas y humanistas existenciales generales presentadas en este capítulo, como todos los enfoques terapéuticos, ofrecen un saco mixto de contribuciones y problemas. El lector recordará que varios de los siguientes puntos se establecieron con respecto a enfoques rogerianos.

Contribuciones

Comenzaremos con una enumeración de algunas de las contribuciones principales de las perspectivas fenomenológica y humanista existencial.

Experiencia. Al hacer énfasis en la importancia de la experiencia interior y la conciencia, estas terapias han ayudado a reafirmar la visión de que los clínicos deben basarse en algo más que la sola cuantificación o enumeración de condiciones estímulo o ambientales. Las experiencias humanas abarcan una gama que va del saber a la alegría o la agonía, y los psicólogos clínicos casi no pueden

permitirse ignorarlas en sus teorías o terapias. El eje fenomenológico-humanista-existencial los ha puesto en contacto una vez más con los datos esenciales de la experiencia y la conciencia.

Opciones. Las terapias fenomenológicas y humanistas existenciales también son recordatorios de que los humanos son más que simples concatenaciones de instintos, impulsos y hábitos. No somos tan sólo autómatas que respondemos a estímulos; hacemos elecciones, decidimos, cambiamos, nos examinamos y, sí, incluso inventamos palabras como *existencialista* y *humanista*. Los seres humanos no sólo son los objetos de estudio; también son los iniciadores del estudio. Quizá durante demasiados años, la psicología ha tratado de negar sus cualidades humanas esenciales al seguir servilmente los caminos de los biólogos y los médicos. Aunque es poco probable que se resuelva pronto la controversia sobre el libre albedrío frente al determinismo, parece haber un reconocimiento creciente de que una perspectiva determinista simple del individuo puede ser estéril e improductiva.

El presente. Al subrayar el presente, los fenomenólogos han ayudado al campo a desechar la opinión de que el cambio positivo sólo puede lograrse por medio de la perspicacia sobre el pasado o por alguna conciencia iluminada de la verdadera naturaleza del inconsciente. Al ejercer elección y responsabilidad, todos podemos moldear el presente y por consiguiente escapar de las constricciones del pasado.

La relación. Muchas de las terapias descritas en este capítulo han dado un gran valor a la relación terapéutica y a menudo representan un triunfo de la relación sobre la técnica. Las terapias convencionales han recomendado desde hace mucho un terapeuta indiferente que ejerza un interés benigno y una habilidad fría. Ya sea que la función que ahora se prescribe sea de consideración pasiva aunque positiva incondicional, aceptación o levantarse de un salto para "tener un encuentro" con el paciente, es seguro que las cosas han cambiado. Es obvio que la naturaleza de la relación terapéutica es de importancia crucial y puede ser un contribuyente importante para el éxito o fracaso de cualquier marca de terapia. Con este reconocimiento, la relación terapéutica ya no se considera un fondo dado o discreto. Se ha convertido en una parte importante del primer plano, gracias en parte a los fenomenólogos y a los terapeutas humanistas existenciales.

Maduración. Durante muchos años, el énfasis en la terapia se ha puesto en la psicopatología, la enfermedad o las deficiencias conductuales. Sin embargo, los humanistas y los existencialistas han subrayado la maduración positiva. No ven tanto la enfermedad como las tendencias de autorrealización o el potencial de maduración. No buscan contener la patología sino liberar la conciencia, los sentimientos, el ser, las experiencias óptimas y la libertad. Éste es lenguaje embriagador que en ocasiones puede levantar el ánimo hasta el punto de la confusión. Pero señala hacia un interés esencial en lo positivo, en lugar de un énfasis en ocasiones deprimente y aniquilador en lo negativo. Por tanto, la meta se ha convertido no sólo en la curación de la psicopatología, sino en la maduración personal. Han surgido muchos institutos, centros de maduración, grupos de encuentro y retiros de fin de semana para servir a aquellos que sienten la necesidad de experiencias que expandirán su conciencia y aumentar su autenticidad como seres humanos.

Problemas

Ahora podemos pasar al lado de los problemas de la moneda respecto a la evaluación de los enfoques fenomenológicos y humanistas existenciales.

Lenguaje prejuicioso. El movimiento humanista general, como el enfoque más específico centrado en el cliente, en ocasiones puede ser acusado de utilizar el lenguaje de manera prejuiciosa. El uso constante de palabras como *humanista, aceptación, libertad, autorrealización, maduración* y *auténtico* parece dar a entender que los otros enfoques predican la falta de humanidad, el rechazo, el autoritarismo, la vacuidad y la falsedad. Pero casi todos los psicoanalistas, psiquiatras, conductistas, terapeutas cognitivos y psicoterapeutas eclécticos son personas aceptantes que se preocupan mucho, que se interesan, se comprometen, son tole-

rantes y que tratan de hacer el mejor trabajo posible para ayudar a sus pacientes a experimentar vidas más ricas y satisfactorias. En resumen, no todos los atributos que se dice están en el núcleo del movimiento humanista son de su dominio privado.

Énfasis en los sentimientos. La dependencia en la experiencia subjetiva y los sentimientos ata al clínico a una fuente de datos que puede ser poco confiable, prejuiciada o al servicio de sí misma, y carente de la más humana de todas las cualidades: la razón. La cuestión real es si los sentimientos o conciencia trascendental, sin estar permeados por el análisis sobrio, la razón y la perspicacia, pueden conducir al individuo a una adaptación duradera que incrementará tanto las satisfacciones personales como las contribuciones sociales. Parece evidente ahora que la mayoría de los individuos no puede abrirse paso a través de sus problemas y terrores privados con la sola aplicación del análisis frío y la razón. Pero no parece probable que los viajes a lo que puede ser una ciénaga de subjetividad les permitirá lograrlo tampoco. Quizá la lección aquí es que es probable que cualquier método o ruta únicos esté incompleto y por consiguiente sea menos que exitoso. Los seres humanos piensan, actúan, sienten, experimentan, buscan guía en el pasado y son impulsados hacia el futuro por sus aspiraciones. Cualquier enfoque que se centre sólo en el comportamiento, en la experiencia o en la perspicacia ignora mucho de lo que es una parte central del ser humano. Cuando funcionan dichos enfoques unilaterales (al menos por un tiempo), es probable que se deba a que enfrentan a los individuos con un aspecto de ellos que habían ignorado desde hacía mucho. Por ejemplo, un paciente inhibido, intelectual en exceso y reprimido puede encontrar gran alegría y felicidad mientras se abre paso por un "ahora emocional" guiado por un terapeuta sensible. Sin embargo, es probable que cualquier abandono a largo plazo del intelecto y la razón conduzca a otros problemas.

Antiintelectualismo. A veces, el movimiento humanista existencial adopta una pose antiintelectual y anticientífica vigorosa que rechaza la posibilidad de que la ciencia pueda hacer alguna contribución significativa. En la medida en que la psicoterapia se ha vinculado a una ciencia que era demasiado conductual, demasiado orientada a la perspicacia o demasiado arraigada en un método científico estéril, esta postura ha ayudado a que muchos psicólogos clínicos regresen a facetas importantes del organismo humano. Pero el rechazo completo de la ciencia, el pasado, el inconsciente, la función de la perspicacia o la modificación del comportamiento por medio de consecuencias planeadas parece ser un curso estrecho y peligroso. Aunque el fervor de aquellos que exhortan a seguir dicho curso puede ser atractivo y contagioso, parece probable que, a final de cuentas, el fervor desenfrenado no será más convincente que, por ejemplo, el operacionalismo inmoderado de la ciencia psicológica.

Campo fenoménico. Otro problema es si una persona puede conocer alguna vez por completo la naturaleza de la experiencia subjetiva de otra persona. La fenomenología instruye que el comportamiento de una persona está determinado por su campo fenoménico en la forma en que existe en cualquier momento en el tiempo. Esto coloca al terapeuta en la posición de tener que conocer el mundo interior de la experiencia del paciente a fin de entender o predecir. Pero, ¿cómo entran a ese mundo los clínicos? ¿Cómo escapan de las experiencias pasadas que han moldeado sus percepciones? ¿Cómo obtienen una apreciación sin prejuicios de la conciencia fenoménica del paciente? Casi parece que el punto de vista fenoménico demanda algo de los clínicos que, dada la naturaleza muy imperfecta y prejuiciada de todos los humanos, es imposible de lograr.

El problema no está en el intento empático de acercarse a la experiencia del paciente o de "tratar de ponerse en sus zapatos". Siempre es útil buscar la experiencia propia a fin de relacionarse mejor con los sentimientos o predicamentos del paciente (mientras se reconoce el peligro siempre presente del prejuicio). El problema estriba en la dependencia exclusiva en el conocimiento exacto del clínico de la experiencia interior del paciente a fin de operar como clínico.

Evaluación. En muchos de los enfoques humanistas existenciales hay una total indiferencia por la evaluación y el diagnóstico. Esta indiferencia es reforzada por la creencia de que la evaluación interfiere con la relación empática o la destruye. La

evaluación es vista como una intrusión en la libertad y dignidad del individuo. Se cree que frustra el potencial de autorrealización del cliente al imponerle una conceptualización del terapeuta.

Muchos estarán de acuerdo en que el diagnóstico no siempre es necesario en sus manifestaciones más desarrolladas. En efecto, el movimiento humanista existencial ha prestado un servicio real al señalar algunos de los excesos del diagnóstico en la psicología clínica y al sugerir que con demasiada frecuencia el énfasis del mismo está en la patología en lugar de en el potencial de maduración o ventajas de los pacientes. También es demasiado cierto que el diagnóstico a menudo se convierte en una búsqueda de defectos en lugar de virtudes y ventajas.

Pero si el psicólogo clínico rechazara por completo la evaluación, ¿con qué se queda? Quizá con el informe verbal del paciente, con todo su potencial de distorsión e imperfección. La fe en las capacidades de los pacientes para solucionar sus problemas al ponerlos en contacto con sus sentimientos puede funcionar bien con personas jóvenes, inteligentes, introspectivas y complejas que no están perturbadas en forma terrible. Pero, ¿qué hay del paciente que es psicótico o del paciente que está abrumado por problemas psicosomáticos? ¿Y cómo trata uno a una persona que no habla y que sólo tiene una educación mínima y nunca ha aprendido a mirar hacia su interior? ¿El clínico debe ignorar la evaluación en el caso de la persona que tiene problemas de adaptación y puede padecer también de retardo mental? Nadie condona los diagnósticos que no son más que denominaciones sin sentido. Pero la prohibición contra toda la evaluación parece asegurar que los terapeutas permanecerán más ignorantes de lo necesario.

Centrada en la técnica. Quizá muchos clínicos humanistas existenciales son indiferentes a la evaluación en parte porque tratan igual a todos los pacientes. Muchos de ellos parecen tener una fe duradera en la posibilidad de rescatar toda alma atribulada por medio de la aceptación, la consideración positiva y la afirmación de la responsabilidad por el self. De ser así, el diagnóstico se vuelve superfluo. Pero, si es el caso, la acusación de muchos humanistas existencialistas de que el psicoanálisis o las terapias del comportamiento están centradas en la técnica puede volverse contra ellos también. En la medida en que todos los que entran a la sala de terapia son vistos como si tuvieran el mismo problema, con la "cura" siempre igual, entonces dichos enfoques están, en cierto sentido, centrados en la técnica. Cada vez más, sin embargo, los clínicos parecen reconocer la necesidad de reunir datos que les permitan seleccionar entre varias posibilidades de tratamiento la más adecuada para un paciente determinado. Este reconocimiento reforzará la función del diagnóstico en el futuro.

Falta de investigación. Como ya mencionamos, se ha realizado relativamente poca investigación empírica sobre la psicoterapia centrada en el cliente o fenomenológica/existencial en comparación con otros modos de tratamiento importantes. Es probable que esto sea problemático por varias razones. Primera, en esta época de atención financiada y de consumidores capaces, es probable que se rehúyan o ignoren los modos de tratamiento sin sustento empírico. Por ejemplo, es difícil imaginar que una compañía de atención de la salud subsidiada conductual esté dispuesta a reembolsar a un proveedor incapaz de ofrecer un fundamento con apoyo empírico para la elección de un tratamiento centrado en el cliente o que se rehúsa a establecer metas objetivas para el tratamiento. Segunda, es probable que los programas de enseñanza releguen estas formas de tratamiento a fin de enfocarse más en tratamientos con sustento empírico que son evaluados con frecuencia en la literatura empírica y que son preferidos por las organizaciones de atención subsidiada. Por último, la escasez relativa de investigación puede dar la impresión de que estos tratamientos son sobre todo de interés histórico y que no son de interés para la práctica clínica contemporánea. Como señalaron Norcross y colaboradores (1997a), las orientaciones humanista y rogeriana están entre las aprobadas con menos frecuencia por los psicólogos clínicos contemporáneos (3% y 1% de los psicólogos clínicos encuestados, respectivamente). Los defensores de estas orientaciones deberían tomar en serio estas tendencias y considerar de qué manera la falta de investigación empírica puede afectar la percepción profesional y pública.

Lenguaje oscuro. Un problema final para muchos que buscan entender lo que ofrece el movimiento humanista existencial tiene que ver con el lenguaje utilizado. Parte de esta dificultad se encuentra en la falta de cohesión dentro del movimiento. Hay tantas variaciones temáticas que el lenguaje se vuelve vago y mal definido con facilidad. Pero más allá de esto, a menudo hay una cualidad desordenada e indisciplinada en la redacción que casi asegura que se aplicarán significados variables. La terminología es tan vaga que es posible casi cualquier interpretación. Es casi como si el lenguaje hubiera cobrado vida propia. De hecho, es posible unir palabras de tal forma que sonarán como un discurso profundo en la psicología humanista existencial, aun cuando el escritor no tenga ni la más remota idea de lo que significan. Es muy parecido al comediante que puede imitar hablar en un idioma extranjero sin siquiera usar palabras reales, sólo son necesarios algunos sonidos y énfasis característicos.

En Maslow, Perls, Bugental, Boss, Binswanger, Rogers y otros encontramos frases y términos como "silencio interno", "ejercicios de conciencia rítmica de aquí para allá", "metanecesidades", "experiencias máximas", "Dasein", "autenticidad", "proceso del Yo", "ser", "encuentro" y "punto enfermo". Por supuesto que cada teoría parece contener su cuota de neologismos y jerga, pero el movimiento humanista existencial parece estar muy bien dotado con tales términos. El lenguaje sirve para subrayar el divorcio consciente del movimiento de cualquier alianza con la ciencia. Pero al "humanizar" su lenguaje, el movimiento también puede haber erigido barreras contra la aceptación más extendida de los elementos importantes de sus contribuciones.

Resumen del capítulo

El mejor ejemplo de un enfoque fenomenológico y humanista existencial para la psicoterapia tal vez sea la terapia centrada en el cliente de Carl Rogers. Este terapeuta desarrolló dicho modo de tratamiento a partir de su reacción a las perspectivas psicoanalíticas tradicionales de la psicopatología y la salud psicológica. En lugar de adoptar esa perspectiva determinista y, en cierto grado, pesimista, las opiniones de Rogers pusieron de relieve el mundo fenomenológico y experiencia del cliente y su tendencia inherente hacia la autorrealización. Los terapeutas centrados en el cliente buscan facilitar el potencial de maduración del cliente proporcionándole comprensión empática, consideración positiva incondicional y autenticidad. Por lo general evitan el diagnóstico, la evaluación formal y las "técnicas" terapéuticas. Los enfoques humanistas existenciales se parecen a la terapia centrada en el cliente en que remarcan el libre albedrío del cliente, su potencial interior y capacidad para ponerse en contacto con sus emociones.

Estas formas de tratamiento han hecho varias contribuciones notables al campo de la psicoterapia. La experiencia interna, sentimientos, libre albedrío y potencial de maduración de los clientes han sido traídos al primer plano. La demostración de la importancia de la relación terapéutica y de la empatía es otra contribución importante. Sin embargo, estas formas de terapia también presentan algunos problemas. El lenguaje en ocasiones prejuicioso utilizado da a entender que otros enfoques son insensibles y perjudiciales. Los sentimientos parecen recalcarse demasiado y se resta importancia al comportamiento. A menudo se utiliza lenguaje oscuro y jerga, y hay un prejuicio fuerte contra la investigación empírica y la evaluación formal. Queda por verse cómo se modificarán estas modalidades de tratamiento, o incluso si sobrevivirán en su forma actual. Varias tendencias (como la atención de la salud subsidiada conductual) representan amenazas para la popularidad y utilidad de estas formas de psicoterapia.

Términos clave

autorrealización Tendencia humana básica hacia el mantenimiento y mejora del self.

congruencia Una de las tres características del terapeuta consideradas esenciales para el trabajo centrado en el cliente (también conocida como autenticidad). La congruencia se refiere a la expresión honesta del terapeuta de los comportamientos, sentimientos y actitudes que han sido estimulados por el cliente.

consideración positiva incondicional Una de las tres características del terapeuta consideradas esenciales para el trabajo centrado en el cliente. La consideración positiva incondicional se refiere a la aceptación

completa y respeto para el cliente como un ser humano, sin condiciones ni requerimientos.

derreflexión Técnica descrita por Frankl en que se indica al cliente que ignore un comportamiento o síntoma problemático a fin de desviar su atención hacia pensamientos o actividades más constructivos.

empatía Una de las tres características del terapeuta consideradas esenciales para el trabajo centrado en el cliente. La empatía se refiere a la sensibilidad para las necesidades, sentimientos y circunstancias de los clientes de modo que se sientan comprendidos.

enfoque centrado en la persona Término que se refiere al enfoque centrado en el cliente cuando se aplica a problemas o situaciones fuera de la sala de terapia (por ejemplo, capacitación de voluntarios, capacitación de profesionales médicos).

fenomenología Enfoque filosófico y teórico que afirma que el comportamiento de un individuo es determinado por completo por su campo fenoménico, o todo lo que es experimentado por la persona en cualquier punto determinado en el tiempo.

humanismo Enfoque de la psicología que ve a los individuos como seres unificados, íntegros y únicos que ejercen la libre elección y lucha por desarrollar sus potenciales interiores.

intención paradójica Técnica descrita por Frankl en que se pide al cliente que intente en forma consciente ejecutar el comportamiento o respuesta que le causa ansiedad o preocupación. La paradoja es que la persona por lo general será incapaz de hacer lo que teme hacer cuando trata de hacerlo en forma intencional.

juegos gestalt "Juegos" elaborados por los gestaltistas para subrayar las "reglas" de la terapia gestalt. A menudo se refieren a realizar verbalizaciones prescritas o participar en varias representaciones de papeles.

logoterapia (Literalmente, "la terapia del significado".) Una forma muy conocida de terapia existencial elaborada por Victor Frankl que fomenta que el cliente 1) encuentre significado en lo que parece ser un mundo insensible, descuidado y carente de significado y 2) desarrolle un sentido de responsabilidad por su vida.

potencial de crecimiento Capacidad para la competencia que poseen todos los individuos. La meta de la terapia centrada en el cliente es liberar esta capacidad.

preceptos morales En la terapia gestalt, los preceptos morales son las reglas para que los pacientes vivan de acuerdo con ellas (por ejemplo, vivir ahora, expresarse en forma directa, rechazar todos los "debería" y "tendría" que no son propios, responsabilizarse cabalmente de sus acciones).

psicología existencial Una orientación de la psicología que ve a las personas como comprometidas en una búsqueda de significado.

self Conciencia del ser y del funcionamiento de uno como separado y distinto de todo lo demás.

self fenoménico Parte del campo fenoménico que la persona experimenta como "mí". De acuerdo con la teoría fenomenológica, los humanos tienen un impulso básico para preservar y mejorar el *self* fenoménico.

terapia centrada en el cliente Psicoterapia elaborada por Carl Rogers que destaca la importancia de las percepciones del cliente de su experiencia y reconoce una tendencia humana inherente hacia el desarrollo de sus capacidades. Esta orientación de la terapia busca facilitar el potencial de maduración del cliente.

Sitios web de interés

13-1 Centro para Estudios de la Persona (Center for the Studies of the Person)
www.centerfortheperson.org

13-2 Biografía de Carl Rogers
http://oprf.com/Rogers/

13-3 Página de la terapia gestalt
www.gestalt.org/index.htm

13-4 Organizaciones gestalt
www.sonoma.edu/people/daniels/gestaltorg.html

CAPÍTULO CATORCE

Psicoterapia: perspectivas conductual y cognoscitiva conductual

PREGUNTAS PRINCIPALES

1. ¿Qué aspectos caracterizan mejor un enfoque conductual sobre los problemas clínicos?
2. ¿Cuáles son las principales características de las siguientes formas de terapia conductual: desensibilización sistemática, terapia de exposición, ensayo conductual, manejo de contingencias, terapia aversiva?
3. ¿Cómo se han integrado las perspectivas conductual y cognoscitiva en un punto de vista cognoscitivo conductual?
4. ¿Cuáles son las principales características de las siguientes formas de terapia cognoscitiva conductual: modelamiento, reestructuración racional, terapia cognoscitiva?
5. ¿Cuáles son las ventajas y limitaciones de la terapia conductual?

RESEÑA DEL CAPÍTULO

Las terapias conductual y cognoscitiva conductual, a menudo conocidas en conjunto como *terapia del comportamiento* (Goldfried y Davison, 1994), han llegado a ser una de las fuerzas principales en la psicología clínica. Un flujo constante de libros proporciona exposiciones de amplio alcance de la teoría, técnica y aplicación de una extensa variedad de estos métodos. Listas de tratamientos con sustento empírico (Cap. 11) incluyen muchos tratamientos que caen bajo la amplia rúbrica de la terapia del comportamiento. Esta variedad terapéutica ha alcanzado la mayoría de edad y ahora es una fuerza con la cual puede contarse.

Orígenes del enfoque conductual

Empezaremos nuestra exposición con la cuestión de las definiciones y luego pasaremos a una breve presentación de las raíces históricas del tratamiento.

Definición

La diversidad de enfoques conductuales para la terapia hace casi imposible una definición satisfactoria. Algunas se expresan en gran medida en la terminología del condicionamiento operante (Skinner, 1971); otras, con el estilo del condicionamiento clásico (Wolpe, 1958); para otras más, el énfasis se pone en principios generales del aprendizaje (Ullman y Krasner, 1969) o incluso pueden tener insinuaciones notablemente cognoscitivas (Meichenbaum, 1977). En vista de esta diversidad, Goldfried y Davison (1994) se vieron impelidos a comentar:

> Creemos que la terapia del comportamiento se interpreta en forma más apropiada como un reflejo de una orientación general al trabajo clínico que se alinea desde el punto de vista filosófico con un enfoque experimental para el estudio del comportamiento humano. La suposición básica de esta orientación es que los comportamientos problemáticos vistos dentro del ámbito clínico pueden comprenderse mejor a la luz de los principios derivados de una amplia variedad de experimentación psicológica, y que estos principios tienen repercusiones para el cambio conductual dentro del escenario clínico. (pp. 3-4)

De manera tradicional, el enfoque conductual se aliaba con 1) un énfasis científico y 2) una disminución en el interés de la función de las variables inferidas. Es probable que los conductistas localicen sus orígenes en la "ciencia" de Skinner o Pavlov en lugar de en el "mentalismo" de Freud. La atención se centra en los estímulos y respuestas, no en las variables —las cuales se supone que les sirven de intermediarias—. Sin embargo, como veremos después en este capítulo, a lo largo de los años la terapia del comportamiento ha ensanchado su alcance para incluir técnicas que abordan procesos cognoscitivos y otros procesos mediadores (Goldfried y Davison, 1994). No obstante, es instructivo revisar las raíces históricas de esta terapia.

Una historia breve

Empezaremos por presentar el trabajo innovador de Watson y Rayner (1920), quienes realizaron el estudio de laboratorio ampliamente citado de Albert y la rata de laboratorio. Este estudio fue una demostración de cómo puede desarrollarse una "neurosis" en un niño. En la tradición del condicionamiento pavloviano, se dio a Albert una rata de laboratorio para que jugara con ella. Pero cada vez que se metía el animal, aparecía al mismo tiempo un fuerte ruido. Después de unos cuantos de estos ensayos, la rata (antes un estímulo neutral) produjo en el menor una respuesta de temor que se generalizó a objetos peludos similares.

Mary Cover Jones (1924) demostró cómo podían eliminarse tales miedos aprendidos. Un niño de tres años, Peter, temía a los conejos, ratas y otros objetos semejantes. Para erradicar el miedo, Jones colocó un conejo enjaulado cada vez más cerca del niño mientras éste estaba comiendo. Por tanto, el objeto temido llegó a asociarse con la comida, y después de unos cuantos meses el miedo al conejo desapareció por completo. Ahora bien, es importante recordar la advertencia de Jones de que el miedo al conejo no debe ser tan intenso que el niño desarrolle una aversión a la comida. El condicionamiento de Watson de los miedos y el "recondicionamiento" de Jones de los mismos fueron antecedentes directos del desarrollo de la

terapia de Wolpe (1958) por inhibición recíproca, la cual llegó a escena unos 30 años después.

Como sugieren las anteriores experiencias de Albert y Peter, el principal fundamento teórico del movimiento de la terapia del comportamiento fueron el condicionamiento pavloviano y la teoría del aprendizaje de Hull. En los años cincuenta, Joseph Wolpe y Arnold Lazarus en Sudáfrica y Hans Eysenck en el Hospital Maudsley en Londres empezaron a aplicar los resultados de la investigación animal para la adquisición y eliminación de la ansiedad en humanos. Wolpe comenzó a experimentar con la reducción de miedos haciendo que los pacientes imaginaran las situaciones en que ocurrían sus miedos mientras estaban en un estado de relajación aumentada. La técnica de Wolpe de *desensibilización sistemática*, como el trabajo de recondicionamiento de Jones, proporcionó una demostración práctica de la forma en que los principios del aprendizaje podían aplicarse en el ámbito clínico. En su trabajo sobre terapia de reflejo condicionado, Salter (1949) también intentó desarrollar un método de terapia que se derivaba de la tradición pavloviana.

Es importante señalar que estos investigadores no sólo introdujeron nuevas técnicas; también sostuvieron con vigor que éstas se derivaban de la estructura de una ciencia experimental sistemática. Además, se esmeraron en señalar que sus demostraciones de los orígenes y tratamiento de los miedos neuróticos probaban que era innecesario adherirse a la "demonología mentalista" del freudianismo o al "encasillamiento psiquiátrico" practicado por los seguidores de Kraepelin.

Más o menos al mismo tiempo que Wolpe, Lazarus y Eysenck desarrollaban sus procedimientos de condicionamiento; la tradición operante empezaba a tener un impacto. Skinner y sus colegas (Lindsley y Skinner, 1954; Skinner, 1953) demostraban que el comportamiento de pacientes psicóticos hospitalizados podía modificarse con procedimientos operantes. Al establecer ambientes controlados para asegurar que determinadas consecuencias siguieran a ciertas respuestas del paciente, se produjeron cambios conductuales significativos.

Al principio, había una cualidad radical en la terapia del comportamiento. El mundo interior del paciente se pasaba por alto en gran medida en la prisa por enfocarse en el comportamiento. Ya sea como una reacción ante el mentalismo del psicoanálisis o por una visión demasiado pueblerina de lo que debería ser el objeto de estudio de la ciencia, los primeros terapeutas del comportamiento evitaron cualquier cosa de naturaleza cognoscitiva. Sin embargo, en 1954, Julian Rotter publicó su libro *Social Learning and Clinical Psychology,* donde demostró de manera convincente que un enfoque de reforzamiento de la motivación en la psicología podría acoplarse con un enfoque de expectativa cognoscitiva. Por tanto, se consideraba que el comportamiento era determinado tanto por el valor de los reforzamientos como por la expectativa de que tales reforzamientos ocurrirían después del comportamiento en cuestión. Es más, las novedosas opiniones de Rotter se apoyan en una serie de estudios de laboratorio que no dejaban lugar a dudas de que uno podría ser clínico, estar orientado hacia la teoría del aprendizaje y la teoría cognoscitiva, y ser respetable desde el punto de vista científico, todo al mismo tiempo. También fue significativa en este contexto la aplicación de las contribuciones del aprendizaje social de Albert Bandura (1969) a la modificación del comportamiento. Teóricos como Rotter y Bandura señalaron el camino hacia el interés cognoscitivo actual, dando a la terapia del comportamiento un carácter de más amplio alcance y mayor utilidad (Goldfried y Davison, 1994; Meichenbaum, 1977; Torpe y Olson, 1997).

Es importante señalar que el "mentalismo" del psicoanálisis u otros enfoques psicodinámicos no es lo mismo que los conceptos de "procesos cognoscitivos" que se utilizan hoy en día. Las referencias de Freud a los procesos de pensamiento nunca fueron definidas en forma operacional. Eran nociones vagas que no podían medirse de manera objetiva, mal ancladas en condiciones previas o resultados consecuentes. La mayor parte de las veces, Freud vio a los procesos de pensamiento como procesos irracionales deformados, en lugar de procesos de solución de problemas. Para él, el mentalismo parecía funcionar en gran medida al servicio del yo, el ello y el superyó materializados: personitas que corrían por la mente distorsionando, proyectando, condenando o imaginando formas de engañarse entre ellas. En contraste, las nociones actuales de cognición hacen hincapié en conceptos como expectativas, esquemas cognos-

PERFIL 14-1

Samuel M. Turner, Ph. D.



El doctor Samuel M. Turner es profesor de psicología y director de enseñanza clínica en la Universidad de Maryland. Es un experto en terapia del comportamiento y en trastornos de ansiedad. Ha recibido varios galardones y honores por su trabajo en el campo, incluyendo el Premio a la Contribución Profesional Distinguida al Conocimiento de la Asociación Psicológica Estadounidense. El doctor Turner ha publicado 14 libros y más de 150 capítulos de libros o artículos, y ha ocupado varios puestos directivos incluyendo editor, editor asociado o revisor para revistas de psicología prestigiadas. Presentamos las respuestas del doctor Turner a las preguntas que le hicimos.

¿Por qué se interesó en un principio en el campo de la psicología clínica?

No hubo ningún factor, incidente o cuestión particular que me haya hecho interesarme en la psicología clínica. Entre los acontecimientos más importantes, sin embargo, hubo dos clases impartidas por un profesor inusualmente talentoso que subrayaba un enfoque empírico para el estudio del comportamiento con una inclinación conductual. Encontré que era un enfoque refrescante en oposición a lo que consideraba que era una tendencia muy subjetiva y especulativa de otros enfoques. Creo que esto correspondía con mi punto de vista muy práctico y objetivo.

Describa en qué actividades participa como psicólogo clínico.

A lo largo de mi carrera he participado en la gama completa de actividades de enseñanza, investigación y clínicas. Esto incluye la enseñanza formal, la

citivos o procesos de memoria, conceptos que pueden medirse y cuantificarse. Pueden definirse con objetividad en formas que conducen a un entendimiento confiable entre investigadores separados. Tendremos más que decir sobre los tratamientos cognoscitivos conductuales más adelante en este capítulo.

Técnicas tradicionales de terapia del comportamiento

Antes de exponer técnicas específicas de terapia del comportamiento, señalaremos la importancia de la relación terapéutica y la tendencia de los terapeutas del comportamiento modernos a usar múltiples técnicas con el mismo paciente.

La relación

En su explicación del éxito de sus métodos terapéuticos, muchos terapeutas del comportamiento parecen ignorar la relación como un factor contribuyente. Aún en las descripciones de Wolpe (1958) sobre la desensibilización sistemática, encontramos que se exhorta al terapeuta a adoptar una actitud de aceptación hacia los pacientes, a explicarles sus dificultades y a dejarles claro el fundamento conductual para el tratamiento. De hecho, estos datos indican que los clientes perciben que los factores de relación son muy importantes para un resultado exitoso de la terapia del comportamiento, igual que en otras formas de psicoterapia (Sloane, Staples, Cristol, Yorkston y Whipple, 1975a). Hay varias razones por las que los clientes de la terapia del comportamiento podrían ver la relación terapéutica como positiva y al menos

tutoría de estudiantes graduados y posdoctorales, la enseñanza clínica de estudiantes graduados y posdoctorales y el suministro de servicios clínicos directos. He sido un investigador activo a lo largo de mi carrera y estoy orgulloso de ser un profesionista científico. También he ocupado u ocupo en la actualidad varios puestos administrativos. Éstos incluyen director del internado, director clínico y director de enseñanza clínica. También he estado activo en la psicología organizada, donde he ocupado diversos cargos. Por último, he participado en el ámbito nacional en organismos encargados de tomar decisiones para el otorgamiento de fondos para la investigación.

¿Cuáles son sus áreas particulares de experiencia o interés?

Mis áreas de interés particulares incluyen los trastornos de ansiedad en adultos y en niños, la terapia del comportamiento y evaluación conductual.

¿Cuáles son las tendencias futuras que ve para la psicología clínica?

No tengo mucho que decir sobre las tendencias futuras de la psicología clínica. Lo único que parece estar sucediendo es que los psicólogos clínicos parecen estar cada vez más interesados en la salud general en oposición a sólo interesarse en la salud mental. Además, es probable que las cantidades crecientes de psicólogos clínicos capacitados en escuelas profesionales cambiarán la imagen de la psicología clínica a los ojos de otros profesionales al igual que del público en general. Por desgracia, temo que este cambio no será positivo.

¿Cuáles son las tendencias futuras que ve para la terapia cognoscitiva conductual?

Aquí también es difícil decir cuáles serán las tendencias futuras para la terapia cognoscitiva conductual. No está sucediendo mucho en esta coyuntura. Los intentos para integrar los enfoques cognoscitivos con los conductuales no parecen haber dado como resultado una mejora en los resultados del tratamiento en la mayor parte de los casos. De hecho, todavía tenemos que ver a los modelos cognoscitivos serios examinados en el área clínica. Quizá esto es algo que podemos anticipar que veremos en el futuro.

---

en parte responsable de los cambios realizados. Los terapeutas del comportamiento pueden ser experimentados como más abiertos y aceptantes de los problemas del paciente (en lugar de verlos como indicativos de procesos inconscientes), el tratamiento es en colaboración y con un estilo más "educativo", y las intervenciones se vinculan con claridad con los comportamientos problemáticos designados para el cambio por parte de cliente y terapeuta (Thorpe y Olson, 1997).

Nada de esto pretende dar a entender que la terapia del comportamiento pueda reducirse a "nada más" que factores de relación sutiles. Lo que se sugiere es que uno nunca debe permitirse ignorar la contribución de los aspectos de la relación a una intervención terapéutica exitosa. Después de todo, es a través de la relación de terapia que las expectativas de ayuda de los pacientes pueden nutrirse de modo que la terapia del comportamiento sea aceptada como una alternativa viable (Goldfried y Davison, 1994). Planteado de otra manera, la terapia del comportamiento no funcionará si el paciente espera que salga mal o es antagónico hacia ésta de alguna otra manera. En ocasiones se ha dicho que los terapeutas del comportamiento son fríos y mecanicistas en su aproximación a los pacientes. Es probable que esto sea más un mito o estereotipo que un hecho. En efecto, ¡Sloane y colaboradores (1975a) encontraron que los terapeutas del comportamiento por lo general eran más cálidos y más empáticos que otros psicoterapeutas!

Espectro amplio de tratamiento

Los terapeutas del comportamiento utilizan una variedad de técnicas específicas, no sólo para diferentes

pacientes sino para el mismo sujeto en diversos puntos del proceso general de tratamiento. Lazarus (1971a) se refiere a esto como *terapia conductual de amplio espectro*. Mientras se describen técnicas específicas en las páginas siguientes, tome en cuenta que cada una puede servir para un propósito específico pero que, en realidad, son complementarias. Por ejemplo, una mujer que tiene problemas para enfrentar a un esposo dominante, puede someterse a entrenamiento de asertividad para aprender comportamientos específicos. Pero cuando usa estos comportamientos, otros conjuntos de miedos respecto de su relación pueden empezar a preocuparla. Por consiguiente, puede requerir también sesiones terapéuticas que le ayudarán a reestructurar sus creencias acerca del matrimonio que son ilógicas y tienden a perpetuar su comportamiento sumiso. También podría participar en modelamiento o aprendizaje por observación para ayudarse a afrontarlo.

Además, es importante recordar del capítulo 9 que se realiza una evaluación conductual amplia antes de seleccionar y poner en práctica los tratamientos o técnicas conductuales. Por ejemplo, un análisis funcional del problema presente ayuda a identificar 1) las condiciones estímulo o antecedentes que llevaron al comportamiento problemático; 2) las variables orgánicas (como prejuicios cognoscitivos) que se relacionan con el comportamiento problemático; 3) la descripción exacta del problema, y 4) las consecuencias del comportamiento problemático. Al completar este análisis detallado, los terapeutas del comportamiento y cognoscitivos conductuales pueden prescribir tratamientos apropiados.

Desensibilización sistemática

Esta técnica se aplica de manera típica cuando un paciente tiene la capacidad de responder en forma adecuada a una situación particular (o clase de situaciones), pero reacciona con ansiedad, miedo o evitación. Básicamente, la desensibilización sistemática es una técnica para reducir la ansiedad. Desarrollada por Salter (1949) y Wolpe (1958), se basa en la *inhibición recíproca*, el principio aparentemente simple de que uno no puede estar relajado y ansioso al mismo tiempo. La idea es enseñar a los pacientes a relajarse y entonces, mientras están así, introducir una serie de estímulos que producen ansiedad cada vez más intensos. Con el tiempo, el paciente se desensibiliza a los estímulos temidos en virtud de haberlos experimentando en un estado relajado. La desensibilización sistemática ha mostrado su eficacia contra fobias a animales, ansiedad por hablar en público y ansiedad social (Chambless y cols., 1998).

Técnica y procedimientos. La desensibilización sistemática empieza con la recopilación de una historia del problema del paciente. Ésta incluye información acerca de las condiciones que lo precipitan y acerca de factores de desarrollo. Recopilar una historia puede requerir varias entrevistas y a menudo incluye la aplicación de cuestionarios. La razón principal para todo esto es precisar el lugar de la ansiedad del paciente. También es parte de la evaluación determinar si la desensibilización sistemática es el tratamiento adecuado. En un paciente con potencial de afrontamiento apropiado, que no obstante reacciona a ciertas situaciones con gran ansiedad, a menudo conviene la desensibilización. Por otra parte, si el sujeto carece de ciertas habilidades y se pone ansioso en situaciones que requieren esas habilidades, la desensibilización podría ser inapropiada y contraproducente. Por ejemplo, si un hombre se pone seriamente ansioso en situaciones sociales que requieren bailar, parecería más eficiente que aprenda a bailar en lugar de desensibilizarlo a lo que es, de hecho, una deficiencia conductual.

A continuación, se explica el problema al paciente. Esta explicación por lo normal es detallada para incluir ejemplos de la vida del paciente y cubrir la manera en que adquirió y mantiene las ansiedades. Después de esto, se explica el fundamento de la desensibilización sistemática. Explicaciones e ilustraciones deben plantearse en un lenguaje que el paciente pueda entender, sin jerga científica. En cierto sentido, el clínico utiliza esta fase para "vender" al paciente la eficacia de la desensibilización sistemática. Debe agregarse que el proceso entero de entrevista, evaluación y explicación se lleva a cabo con cordialidad, aceptación y entendimiento.

Las siguientes dos frases comprenden entrenamiento en *relajación* y el establecimiento de una *jerarquía de ansiedad*. Mientras se empieza el trabajo con la jerarquía de ansiedad, también se comienza el entrenamiento en relajación.

Relajación. Los terapeutas del comportamiento utilizan con frecuencia los métodos de relajación progresiva de Jacobson (1938). Se enseña primero al paciente a tensar y relajar grupos de músculos y luego a distinguir entre sensaciones de relajación y tensión. Las instrucciones para la relajación pueden grabarse con facilidad y escucharse en casa para practicar. Por lo general, se dedican cerca de seis sesiones al entrenamiento de relajación. En algunos casos, puede usarse la hipnosis para inducir la relajación; en otros, puede pedirse al paciente que imagine escenas relajadoras, y en otros, se usan ejercicios de respiración para mejorar la relajación.

La jerarquía de ansiedad. En las discusiones acerca de problemas específicos, las situaciones en que ocurren y su desarrollo, el paciente y el terapeuta trabajan juntos para construir una jerarquía. Los temas recurrentes en las dificultades y ansiedades del paciente se aíslan y luego se ordenan en función de su poder para inducir ansiedad (de situaciones que provoquen muy bajos niveles de ansiedad hasta situaciones que precipitan reacciones extremas). Una jerarquía de ansiedad típica consta de 20 a 25 elementos en intervalos más o menos iguales de bajo a moderado a extremo. La siguiente jerarquía de ansiedad es de una estudiante de 24 años que experimentaba ansiedad grave ante los exámenes (Wolpe, 1973):

1. Cuatro días antes de un examen.
2. Tres días antes de un examen.
3. Dos días antes de un examen.
4. Un día antes de un examen.
5. La noche antes de un examen.
6. El examen colocado boca abajo frente a ella.
7. En espera de la distribución de los exámenes.
8. Ante las puertas cerradas del salón de exámenes.
9. En el proceso de responder un examen.
10. Camino a la universidad el día del examen. (p. 116)

Esta jerarquía ilustra dos puntos. Primero, está organizada sobre todo a lo largo de líneas espaciales temporales. Segundo, los elementos no están organizados exactamente en una forma lógica. Uno podría esperar que el elemento 10 (el elemento que provoca más ansiedad) estuviera cerca de la mitad de la jerarquía. Esto sugiere lo idiosincrásicas que pueden ser las jerarquías; después de todo, es la ansiedad del paciente, ¡no la del clínico!

En el procedimiento de desensibilización, se pide al paciente que imagine el elemento más débil en la jerarquía (aquel que provoca menos ansiedad) mientras está relajado por completo. El terapeuta describe la escena y el sujeto imagina (durante unos 10 segundos) estar en la escena. El especialista lo lleva hacia arriba en la jerarquía en forma gradual (entre dos y cinco elementos por sesión). Sin embargo, si en cualquier momento se empieza a incrementar el nivel de ansiedad, se instruye al paciente para que lo indique, después de lo cual el terapeuta le solicita que deje de visualizar la escena y lo ayuda a relajarse una vez más. Después de unos cuantos minutos, puede iniciarse de nuevo el procedimiento. De manera ideal, durante un periodo de varias sesiones, el paciente será capaz de imaginar el elemento más alto en la jerarquía sin incomodidad. Goldfried y Davison (1994) ofrecen un ejemplo típico de las instrucciones dadas a un paciente durante la desensibilización:

> (*El cliente ha estado relajado en la silla reclinable.*) Muy bien, ahora sólo manténgase relajado así, apacible, tranquilo y confortable. Puede encontrar útil imaginar una escena que en lo personal sea tranquila y relajante, algo a lo que nos referiremos como su escena placentera... Bien. Ahora recuerde que se usará la escala de 0 a 100 en su práctica de relajación, donde 0 indica relajación completa y 100 la tensión máxima. Dígame aproximadamente dónde se colocaría en esa escala... (*Se aconseja al terapeuta que se fije en una estimación que refleje una calma y relajación considerable, con frecuencia en el intervalo de 15 a 25.*)
>
> Bien. Pronto le pediré que imagine una escena. Después de escuchar la descripción de la situación, imagínela en forma tan viva como pueda, a través de sus propios ojos, como si estuviera allí. Trate de incluir todos los detalles en la escena. Mientras está visualizando la situación, puede continuar sintiéndose relajado como hasta ahora. Si es así, está bien.

FIGURA 14-1 Se ha identificado a Joseph Wolpe sobre todo con el desarrollo de la desensibilización sistemática como un método para reducir la ansiedad neurótica
Cortesía de Joseph Wolpe.



Después de 5, 10 o 15 segundos, le pediré que deje de imaginar la escena y regrese a su imagen placentera y se relaje. Si empieza a sentir incluso el más ligero incremento en la ansiedad o tensión, por favor hágame una señal levantando su dedo índice izquierdo. Cuando haga esto, intervendré y le pediré que deje de imaginar la situación y luego le ayudaré a relajarse de nuevo. Es importante que me indique su tensión de esta manera, ya que deseamos maximizar su exposición a situaciones atemorizantes sin que se sienta ansioso. ¿Está bien? ¿Tiene alguna pregunta?... Bien, después tendremos muchas oportunidades para discutir las cosas a fondo. (pp. 124-125)[1]

[1]Tomado de *Clinical Behavior Therapy* (edición ampliada) de M. R. Goldfried y G. C. Davison (1994). Reimpreso con autorización.

Un caso ilustrativo de desensibilización sistemática

Con el fin de seleccionar la jerarquía más útil, uno debe determinar con exactitud qué produce las reacciones de ansiedad del paciente. Para ilustrar la importancia de elegir la jerarquía apropiada, consideremos el siguiente ejemplo, en que parecía al principio que el problema era una cuestión simple de la incomodidad de una mujer cuando comía en un restaurante con los socios de negocios de su esposo.

Terapeuta: ¿Puede decirme qué hay en estas cenas de negocios que la molesta? Por ejemplo, ¿son formales y usted se encuentra en el lugar como una especie de anfitriona reacia que tiene que entretener a personas que no significan nada para usted?

Paciente: Supongo que sí.

Terapeuta: No deje que ponga palabras en su boca. Piense con detenimiento. Imagínese en la situación en este momento. Imagine que está en un restaurante con su esposo y sus colegas, y dígame qué asociaciones y sentimientos tiene.

Paciente: (Cierra los ojos) Me pone furiosa y no veo por qué tengo que ser sometida a ello.

Terapeuta: ¿Qué dice su esposo?

Paciente: Oh, Herb dice que le produce más negocios.

Terapeuta: ¿Qué tan seguido son estas cenas de negocios?

Paciente: Más o menos una vez al mes.

Terapeuta: ¿Cómo suceden?

Paciente: ¿Qué quiere decir?

Terapeuta: Me refiero a la forma en que Herb le hace saber sobre ellas.

Paciente: Oh, llega a casa y dice: "Cariño, ¿está bien si llevamos a los Ryan y a otras dos parejas al Red Goblet el viernes de la próxima semana?" Y por lo general contesto: "¿Por qué te molestas en preguntar?"

Terapeuta: De modo que se origina una batalla verbal y para cuando llega la fecha de la cena, usted y Herb han estado de pleito durante casi dos semanas y prevalece una atmósfera tensa.

Paciente: Bueno, lo resiento.

Terapeuta: ¿Por qué?

Paciente: ¿Qué quiere decir?

Terapeuta: Sabe a qué me refiero. ¿Qué hay detrás de todo este resentimiento?

Paciente: Tan sólo no me gusta cenar con los Ryan y los Miller y el resto de esos amasadores de dinero.

Terapeuta: Espere, volvamos atrás. Usted dijo que sólo se había sentido de esta manera desde que Herb ingresó al campo de la mercadotecnia el año pasado.

Paciente: Bueno, déjeme explicarle. Él solía trabajar para mi papá, y cuando murió hace unos dos años, Herb se hizo cargo del negocio.

Terapeuta: Déjeme adivinar. ¿Su padre estaba a cargo del proyecto de mercadotecnia antes de morir?

Paciente: ¿Qué tiene que ver eso?

Terapeuta: (Permanece en silencio)

Paciente: ¡Oh, por todos los cielos! Usted cree que estoy resentida con Herb porque ocupó el puesto de mi papá.

Terapeuta: ¿Y bien?

Paciente: Bueno, nunca se me había ocurrido antes que pudiera ser así.

Conforme transcurrió la entrevista se hizo evidente que no estábamos tratando con una "sensibilidad a cenar en un restaurante con su esposo y sus socios de negocios" específica, sino con un resentimiento básico respecto a los sentimientos de la paciente de que su esposo era "menos hombre que su padre"... y la desensibilización se dirigió hacia una dimensión respecto a la muerte del padre.[2]

Fundamento. Aunque la explicación de Wolpe para el éxito de la desensibilización sistemática se basa en el principio de *contracondicionamiento* (la sustitución de ansiedad por relajación), otros no están tan seguros (Davison y Wilson, 1973). Algunos han afirmado que el proceso operativo en realidad es la *extinción*. Es decir, cuando el paciente visualiza en forma repetida situaciones que generan ansiedad pero sin que originen experiencias malas, las respuestas de ansiedad se extinguen con el tiempo (Wilson y Davison, 1971). De manera alternativa, Mathews (1971) aboga a favor de una hipótesis de *habituación*. Emmelkamp (1982) ha revisado el soporte empírico para éstas y otras explicaciones teóricas.

El método estándar de desensibilización es presentar escenas en una forma graduada ascendente a fin de evitar el surgimiento prematuro de la ansiedad que interrumpiría el procedimiento. Sin embargo, algunos clínicos han encontrado que presentar la jerarquía en orden inverso (primero los elementos que provocan más ansiedad) también es efectivo para reducir varias fobias. Richardson y Suinn (1973) también reportan resultados positivos cuando los participantes son expuestos sólo a las tres escenas superiores de la jerarquía.

La desensibilización sistemática incluye una variedad de componentes. Las instrucciones sugieren que es probable un resultado positivo. En consecuencia, las expectativas de mejora del paciente pueden afectar el proceso. Otro elemento crucial puede ser el reforzamiento positivo del terapeuta después de los reportes del paciente de una disminución de la ansiedad, mejora fuera de la sala de terapia o la culminación exitosa de las jerarquías de ansiedad. Por ejemplo, Leitenberg, Agras, Barlow y Oliveau (1969) observaron que, con las fobias a las serpientes, los efectos de la desensibilización sistemática son mejores cuando el terapeuta utiliza comentarios reforzadores, como "Bien", "Excelente" y "Lo está haciendo bien", cuando los participantes 1) visualizan una escena sin reportar ansiedad, 2) completan un elemento de la jerarquía y 3) reportan progreso al aproximarse a una serpiente durante la práctica. Goldfried (1971) afirma que la desensibilización sistemática está lejos de ser un proceso pasivo que se aplica a los pacientes para reducir sus miedos. Más bien, representa la adquisición de una habilidad que éstos pueden usar para reducir su temor. En este sentido, Goldfried considera la desensibilización sistemática como un entrenamiento para el autocontrol. Desde un punto de vista cognoscitivo, Valins y Ray (1967) explican la efectividad de esta técnica en función de la

[2]Tomado de *Behavior Therapy and Beyond*, de A. A. Lazarus, pp. 99–100. Derechos reservados © 1971 por McGraw-Hill, Inc. Reimpreso con autorización.

creencia de los pacientes de que están relajados. Otros, como Sullivan y Denney (1977), enfatizan la importancia de lograr que el paciente espere la mejoría.

Todo lo anterior sugiere que la desensibilización sistemática difícilmente es el proceso mecánico o condicionamiento simple que una vez se pensó que era. Parecen intervenir diversas variables de la relación, al igual que creencias o expectativas de parte del paciente. En general, la desensibilización sistemática ha demostrado ser una forma un tanto efectiva de intervención psicológica para una variedad de condiciones clínicas. Como podría esperarse, la investigación sugiere que es más efectiva cuando se utiliza para tratar trastornos de ansiedad, en particular fobias específicas, ansiedad social, ansiedad por hablar en público y trastorno de ansiedad generalizada (Chambless y cols., 1998; Emmelkamp, 1994).

Terapia de exposición

El término *terapia de exposición* se utiliza para describir una técnica de terapia del comportamiento que es un refinamiento de un conjunto de procedimientos conocidos en un inicio como inundación o implosión. Las raíces de la terapia de exposición pueden rastrearse hasta Masserman (1943), quien estudió las reacciones de ansiedad y los comportamientos de evitación en gatos (Kazdin, 1978). Sus estudios comprendían inducir "comportamientos neuróticos" en gatos por medio de la administración de choques en ciertas condiciones ambientales. Más tarde descubrió que el comportamiento de evitación podía extinguirse si se obligaba a los gatos a permanecer en la situación en que se les había aplicado el choque (es decir, no era posible el escape o la evitación). Estos hallazgos fueron la base para elaborar tratamientos de la ansiedad para humanos. Hay sustento empírico acerca de la eficacia de los tratamientos de exposición a fobias específicas, trastorno de pánico, agorafobia, fobia social, trastorno de estrés postraumático y trastorno obsesivo-compulsivo (Chambless y cols., 1998; Emmelkamp, 1994).

En la terapia de exposición, los pacientes se exponen a los estímulos o situaciones que antes temían y evitaban. La "exposición" puede ser en la vida real (en vivo) o en la fantasía (en la imaginación). En la versión más reciente, se pide a los pacientes que se imaginen en presencia del estímulo temido (como una araña) o en la situación provocadora de ansiedad (como hablar en público). Varios investigadores sugieren que deben estar presentes ciertas características en los tratamientos de exposición a fin de que el paciente logre un beneficio máximo (Barlow y Cerny, 1988):

1. La exposición debe tener una duración larga en lugar de corta.
2. La exposición debe repetirse hasta que se elimine todo el temor o ansiedad.
3. La exposición debe ser graduada: comienza con situaciones o estímulos con baja ansiedad y progresa a situaciones o estímulos de alta ansiedad.
4. Los pacientes deben atender al estímulo temido e interactuar con él lo más posible.
5. La exposición debe provocar ansiedad.

Como otras terapias conductuales que describimos en este capítulo, el tratamiento de exposición puede utilizarse como un tratamiento autónomo o como un componente de un tratamiento multimodal. Por ejemplo, Barlow y Cerny (1988) describen un tratamiento psicológico para el trastorno de pánico que incluye relajación, reestructuración cognoscitiva y componentes de exposición. Lo que es ingenioso en especial respecto de su versión del tratamiento de exposición es que han hecho que sus pacientes se expongan a *claves interoceptivas*, estímulos fisiológicos internos como la respiración rápida y el vértigo. Esta modificación fue necesaria debido a que los individuos que padecen de trastorno de pánico reportan que sus ataques de pánico son impredecibles y "ocurren de repente". En tales casos, no hay ningún estímulo o situación provocador de ansiedad externo evidente. En contraste, los individuos con otros trastornos de ansiedad que no son de pánico reportan una ansiedad aguda, sobre todo frente a ciertos estímulos o situaciones externos.

¿Cómo convencen los clínicos a los pacientes de que completar tareas que incrementan los niveles de ansiedad será útil a final de cuentas? Para ilustrar el fundamento que se presenta para el tratamiento de exposición, el recuadro 14-1 proporciona la introducción que se utiliza en el tratamiento psicológico de Barlow y Cerny (1988) para el trastorno de pánico.

Craske, Rowe, Lewin y Noriega-Dimitri (1997) compararon hace poco la efectividad de dos formas de tratamiento para trastorno de pánico con agorafobia; una incluía exposición interoceptiva y otra in-

RECUADRO 14-1

Fundamento para la terapia de exposición

Como recordará de nuestras reuniones anteriores, sentimos que los ataques de pánico en esencia son "falsas alarmas" emitidas por el cuerpo en respuesta a una clave o señal que usted ha aprendido a asociar con el peligro o una amenaza. El problema, por supuesto, es que estas alarmas de pánico son falsas. No obstante, el temor asociado con los ataques de pánico es bastante real. Del mismo modo en que las falsas alarmas son fenómenos aprendidos, el tratamiento contra ellas también comprende experiencias de reaprendizaje planeadas. El término que usamos para describir estas experiencias de aprendizaje correctivo es *terapia de exposición*.

La lógica básica de la terapia de exposición es bastante simple. Exponerse a las situaciones y claves que se han asociado con ataques de ansiedad y pánico le proporciona la oportunidad de aprender al menos tres cosas: 1) los síntomas de ansiedad y pánico pueden controlarse utilizando las técnicas de relajación y de afrontamiento cognoscitivo que ha estado aprendiendo. De hecho, aprenderá que es capaz no sólo de reducir esos síntomas problemáticos, sino que los producirá a voluntad. 2) Aprenderá que no hay base para el temor asociado con sus ataques de pánico. 3) Por último, aprenderá a romper la asociación entre las claves que le señalan sus ataques de temor y de pánico y se enseñará formas nuevas de responder durante la exposición graduada a esas claves asociadas con el pánico.

En el momento actual, no entendemos por completo los mecanismos exactos que explican cómo tiene lugar este nuevo aprendizaje, pero sabemos que la terapia de exposición es muy efectiva para tratar trastornos de ansiedad. Permítame enfatizar que el elemento central de la terapia es el nuevo aprendizaje que tiene lugar durante los ensayos de exposición. La exposición a claves asociadas con el pánico tan sólo proporciona la oportunidad de que ocurra el aprendizaje. Por consiguiente, la exposición pasiva a estas claves; es decir, exposiciones no planeadas durante las cuales no tiene lugar un aprendizaje correctivo, no es suficiente para producir cambios terapéuticos en su comportamiento. Durante los ensayos de exposición fomentamos que enfrente en forma directa su ansiedad y temor y que tome una parte activa en el proceso de nuevo aprendizaje.

Debido a que se expondrá a estas claves que provocan ansiedad, anticipará que al principio puede ponerse más ansioso y quizá note un incremento en los ataques de pánico. Sin embargo, como usted sabe, en la mayor parte de los casos, los ataques de ansiedad y pánico son autolimitantes; es decir, en la mayor parte de las situaciones los síntomas de ansiedad y/o pánico amainarán. La ansiedad y el temor en sí, por supuesto, pueden ser bastante desagradables.

Para minimizar la cantidad de desagrado que tendrá que experimentar, elaboraremos juntos una jerarquía graduada de claves que provocan ansiedad y trabajaremos a lo largo de esa jerarquía de las situaciones que provocan menos ansiedad a las que provocan más. No obstante, será necesario que usted tolere algo de ansiedad, al menos al principio. Conforme aprenda a enfrentar con más eficacia los síntomas de ansiedad y de pánico y a eliminar las "falsas alarmas", deberá notar reducciones considerables en la cantidad y quizá en la intensidad de sus ataques de pánico.

Hay tres formas en que se puede exponer a claves que provocan pánico. Primera, puede imaginarse experimentando la situación o las claves que ocasionan el pánico. La exposición imaginaria no sólo ofrece un ensayo de exposición en condiciones controladas y de poca excitación, sino que también le permite planear y practicar con facilidad sus habilidades de manejo en la imaginación de modo que estará preparado para sacar ventaja de las exposiciones en vivo. Segunda, puede exponerse a ciertas claves que provocan pánico aquí en el consultorio. Exploraremos formas de inducir las sensaciones corporales que han llegado a señalar la posibilidad de una falsa alarma. Por último, se expondrá a situaciones reales en su vida diaria. Hoy, comenzaremos con el entrenamiento de la imaginación y la elaboración de la jerarquía.

Fuente: Barlow, D. H. y Cerny, J. A. (1988). *Psychological Treatment of Panic* (pp. 155-156). Nueva York: Guilford. Reimpreso con autorización.

corporaba reentrenamiento de la respiración en lugar de exposición interoceptiva. Aunque ambas fueron efectivas, los resultados indicaron que los pacientes con trastorno de pánico que recibieron el componente de exposición interoceptiva reportaron menos deterioro y menos ataques de pánico al término del tratamiento y en el seguimiento. Por tanto, la adición del componente de exposición interoceptiva tuvo algunos efectos benéficos.

A fin de proporcionar otro ejemplo de un tratamiento basado en la exposición con sustento empírico, el recuadro 14-2 presenta un panorama del tratamiento *exposición más prevención de respuesta* para trastorno obsesivo-compulsivo.

Ensayo conductual

Este encabezado amplio incluye una variedad de técnicas cuyo objetivo es agrandar el repertorio de comportamientos de afrontamiento del paciente. Es evidente que el *ensayo conductual* no es un concepto nuevo; ha existido en una forma u otra por muchos años. Por ejemplo, Moreno (1947) desarrolló el psicodrama, una forma de representación de papeles, para ayudar a solucionar los problemas de los pacientes, y Kelly (1955) utilizó la terapia de rol fijo. Sin embargo, es importante señalar que estas formas de representación de roles o ensayo conductual tienen propósitos que se apartan de las metas conductuales. Para Moreno, la representación de roles proporcionaba una liberación terapéutica de emociones que también era diagnóstica al identificar las causas de los problemas de los sujetos. Para Kelly, la representación de roles era un método para alterar la estructura cognoscitiva del individuo. Una vez más, debemos recordar que las técnicas terapéuticas específicas no son competencia exclusiva de un marco de referencia teórico. Diferentes teóricos pueden utilizar técnicas similares por razones muy diferentes.

La técnica. De acuerdo con Goldfried y Davison (1994), el uso del ensayo conductual consta de cuatro etapas. La primera es preparar al paciente explicándole la necesidad de adquirir nuevos comportamientos, conseguir que acepte el ensayo conductual como un dispositivo útil y reducir cualquier ansiedad inicial que pudiera presentar el prospecto para la representación de roles. La segunda se refiere a la selección de situaciones meta. En este punto, muchos terapeutas elaborarán una jerarquía de situaciones de representación de roles o ensayo. Esta jerarquía deberá relacionarse en forma directa con las situaciones en que el paciente tiene dificultades. Una muestra de jerarquización de situaciones meta (clasificadas en orden de las habilidades conductuales cada vez más complejas requeridas) podría ser la siguiente:

1. Pedir a una secretaria información sobre una clase.
2. Preguntar a un estudiante en clase sobre la tarea de la semana anterior.
3. Después de clase, aproximarse al profesor con una pregunta sobre la exposición.
4. Ir a la oficina del profesor y conversar con él sobre determinado punto.
5. Incluir a otro estudiante, que se sabe está en desacuerdo con usted, en un debate menor sobre algún asunto.

La tercera etapa es el ensayo conductual. El paciente representa los papeles (roles) apropiados conforme asciende en la jerarquía, mientras el terapeuta lo instruye y retroalimenta respecto de lo adecuado de la ejecución. Se utilizan como auxiliares algunas grabaciones de video. En otros casos, el terapeuta (o un auxiliar terapéutico) intercambia papeles con el paciente a fin de proporcionar un modelo adecuado. Cuando los pacientes desarrollan destreza en una situación meta, avanzan en la jerarquía.

La etapa final es que el sujeto use las habilidades recién adquiridas en situaciones de la vida real. Después de dichas experiencias en vivo, paciente y terapeuta comentan la ejecución del primero y sus sentimientos respecto a las experiencias. En ocasiones se pide a los pacientes que lleven un registro por escrito donde describan las situaciones en que estuvieron, su comportamiento y las consecuencias.

Entrenamiento en asertividad. Una aplicación del ensayo conductual es el *entrenamiento en asertividad*. Wolpe consideraba las respuestas asertivas como un ejemplo del modo en que funciona la inhibición recíproca; es decir, es imposible comportarse con asertividad y ser pasivo al mismo tiempo. Las situaciones que alguna vez produjeron ansiedad ya no lo harán debido a que el comportamiento asertivo la inhibe.

En un inicio, el entrenamiento en asertividad se diseñó como un tratamiento para personas cuya ansiedad parecía derivarse de su modo tímido de afron-

RECUADRO 14-2

Terapia del comportamiento para trastorno obsesivo-compulsivo

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno del Eje I caracterizado por pensamientos intrusivos recurrentes, impulsos o imágenes (obsesiones) que generan gran ansiedad y aflicción. A menudo también está presente un comportamiento repetitivo o actos mentales ritualistas dirigidos a contrarrestar las obsesiones o impedir o reducir de alguna otra manera la ansiedad (American Psychiatric Association, 1994). Alguna vez considerada intratable, los resultados de investigación durante las décadas anteriores indican que una forma específica de terapia del comportamiento, exposición más prevención de respuesta, puede ser muy efectiva para tratar los síntomas del TOC.

Como señaló Foa (1996), este tratamiento se basa en la suposición de que las obsesiones producen una ansiedad y aflicción marcadas, mientras que las compulsiones sirven para reducir esta ansiedad. Además, aun cuando las compulsiones reduzcan en forma temporal la ansiedad, la ansiedad obsesiva permanece porque no se desarrolla habituación. El comportamiento compulsivo continúa debido a que es reforzado por la reducción en la ansiedad. La exposición más prevención de respuesta está dirigida a interrumpir este patrón 1) exponiendo al paciente a situaciones que conducen a una aflicción obsesiva y 2) prevenir que éste realice comportamientos compulsivos que se emiten en forma típica frente a esta aflicción. De esta manera, se espera que 1) se desarrolle la habituación a los pensamientos, imágenes o impulsos obsesivos (y, por tanto, el nivel de ansiedad producido por éstos se reducirá), y 2) los comportamientos compulsivos ya no serán reforzados debido a que se prevendrán.

Foa (1996) da un resumen de un tratamiento de exposición más prevención de respuesta típico para TOC:

1. Se realizan quince sesiones de exposición de dos horas en el curso de tres semanas.
2. Durante estas sesiones, los pacientes son "expuestos" a las situaciones u objetos que parecen desencadenar las obsesiones. Por ejemplo, podría pedirse a un sujeto obsesionado por la suciedad y los gérmenes que se frote papel periódico en sus brazos y cara.
3. Además, se pide a los pacientes que imaginen que *ocurrieron* las consecuencias trágicas que anticiparon que ocurrirían si no realizaban el comportamiento compulsivo. De esta manera, pueden comenzar a pensar en estas "catástrofes" sin estar demasiado temerosos.
4. Se asignan tareas para la casa que entrañan la repetición de estas experiencias de exposición.
5. Al mismo tiempo que se introduce la exposición, el terapeuta asegura que no ocurran las compulsiones ritualistas que suceden de manera típica frente al temor obsesivo. Por ejemplo, al paciente que se obsesiona con la suciedad y los gérmenes y se lava las manos o se baña en forma excesiva no se le permitiría realizar estos comportamientos. En un momento posterior, se introducirá el lavado de manos y el baño "normales".
6. Por último, una fase de mantenimiento del tratamiento abarca alrededor de diez visitas al consultorio o llamadas telefónicas dirigidas a animar al paciente y reforzar las ganancias terapéuticas.

tar las situaciones (Wolpe, 1958; Wolpe y Lazarus, 1966). Se ha elaborado una variedad de programas de entrenamiento en asertividad para individuos que buscan superar la pasividad destructiva. Pero el entrenamiento en asertividad también se ha utilizado en el tratamiento de problemas sexuales, depresión y conflictos matrimoniales. Es importante señalar que las declaraciones cognoscitivas acerca de uno (por ejemplo, "Estaba pensando que soy perfectamente libre de decir que no") pueden aumentar los efectos del en-

trenamiento en asertividad. De hecho, pueden utilizarse muchos procedimientos a fin de incrementar la asertividad. El ensayo conductual tal vez sea el más obvio.

La falta de asertividad puede derivarse de una variedad de fuentes. En algunas situaciones, la causa puede ser una simple falta de información, en cuyo caso el tratamiento podría centrarse en gran medida en proporcionar información. En otras, una especie de ansiedad previsora puede impedir que las personas se comporten con asertividad. Entonces, el tratamiento puede ser la desensibilización. Pero otros individuos pueden tener expectativas irreales (negativas) respecto de lo que resultará si se vuelven asertivos. Algunos clínicos enfrentarían dichas expectativas por medio de la interpretación o técnicas racionales emotivas. Técnicas similares podrían aplicarse a pacientes que sienten que la asertividad está mal. Por último, hay pacientes cuya falta de asertividad entraña una deficiencia conductual; no saben cómo comportarse en forma asertiva. Con ellos se utilizarían el ensayo conductual, el modelamiento y procedimientos relacionados.

El entrenamiento en asertividad no es lo mismo que tratar de enseñar a las personas a ser agresivas. En realidad es un método para capacitarlas a fin de expresar cómo se sienten sin pisotear los derechos de otros en el proceso (Wolpe y Lazarus, 1966). Tómese al espectador en un juego de básquetbol que no puede ver a causa de que la persona de enfrente salta a menudo. Reaccionar diciendo "Si no se sienta voy a golpearlo" es agresivo. Pero decir, "Por favor, quisiera que se siente; no puedo ver nada" es una respuesta asertiva. En efecto, el entrenamiento en asertividad ha sido útil para enseñar a personas muy agresivas formas más amables y efectivas de satisfacer sus necesidades.

Manejo de contingencias

Una variedad de técnicas skinnerianas u operantes se conocen como procedimientos de *manejo de contingencias*. Comparten la meta común de controlar el comportamiento manipulando sus consecuencias.

Técnicas. El manejo de contingencias puede adoptar muchas formas, de las cuales las siguientes sólo son unos cuantos ejemplos:

1. *Moldeamiento:* un comportamiento deseado se desarrolla recompensando primero cualquiera que se le aproxime. En forma gradual, por medio del reforzamiento selectivo del comportamiento que se parezca cada vez más al comportamiento deseado, se moldea el comportamiento final. Esta técnica se denomina en ocasiones *aproximaciones sucesivas*.
2. *Tiempo fuera:* el comportamiento indeseable se extingue sacando en forma temporal a la persona de una situación en que se refuerza este comportamiento. Se saca del aula al niño que perturba la clase, de modo que la atención de los demás no pueda reforzar al comportamiento perturbador.
3. *Contrato de contingencias:* se establece un acuerdo formal o contrato entre terapeuta y paciente, donde se definen las consecuencias de ciertos comportamientos de parte de ambos.
4. *"La regla de la abuela":* la idea básica es semejante a la exhortación de la abuela: "¡Primero trabaja, luego juega!" Significa que una actividad deseada es reforzada al permitir al individuo el privilegio de realizar un comportamiento más atractivo. Por ejemplo, se permite al niño jugar a la pelota después que termina la lección de música. En ocasiones se hace referencia a este método como *principio de Premack* (Premack, 1959).

Economías de fichas. Por lo común el enfoque operante se utiliza más en ambientes en que un terapeuta u otro miembro del personal institucional puede ejercer un control significativo sobre las contingencias de reforzamiento relativas al comportamiento del paciente. Los principios del condicionamiento operante son muy claros en los programas de *economía de fichas* que se diseñan para modificar el comportamiento de poblaciones institucionalizadas, como aquellas con retardo mental o enfermedad mental crónica (Kazdin, 1977; Liberman, 1972). Estos programas pueden hacer que una institución sea un lugar más habitable, lo cual a final de cuentas conduce a más ganancias terapéuticas. Muchas de las habilidades sociales que son "moldeadas" también facilitarán una transición más suave a un escenario no institucional.

Al establecer una economía de fichas, hay tres consideraciones importantes (Krasner, 1971). Primera, debe haber una especificación clara y cuidadosa de los comportamientos deseables que se reforzarán.

Segunda, debe establecerse un reforzador definido con claridad (o medio de intercambio; por ejemplo, fichas de plástico de colores, tarjetas o monedas). Tercera, se fijan reforzadores de respaldo. Éstos pueden ser privilegios especiales u otras cosas deseadas por el paciente. Por tanto, dos fichas, cada una con un valor de 10 puntos, podría cambiarse por permiso para ver la televisión una hora extra, o una ficha con valor de cinco puntos podría cambiarse por un dulce. Huelga decir que una economía de fichas también requiere un sistema bastante complejo de registro y un personal que sea muy observador y esté comprometido con la importancia del programa.

Las economías de fichas se utilizan para promover el comportamiento deseado por medio del control de los reforzamientos. Ya sea que el comportamiento deseado sea un incremento en la pulcritud, mayor participación social o una mejora en el rendimiento laboral, la probabilidad de su ocurrencia puede incrementarse por medio del otorgamiento de fichas de valor variado. Pero, ¿por qué utilizar fichas? ¿Por qué no reforzar en forma directa el arreglo apropiado de su cama? En esencia, la razón es que el efecto del reforzamiento es mayor si ocurre en seguida del comportamiento. Si la recompensa de ver una película ocurre 10 horas después de que un paciente barre su habitación, no es probable que sea tan efectivo como una ficha que se da de inmediato. Esta ficha llegará a significar recompensa y concentrará mucha de la efectividad de la recompensa de respaldo por la que puede intercambiarse.

Terapia aversiva

Uno de los tratamientos más controvertidos es la *terapia aversiva*. En realidad, no es una sola terapia sino una serie de procedimientos aplicados a comportamientos considerados indeseables. Estas aplicaciones se basan en el principio aparentemente simple de que cuando una consecuencia desagradable sigue a una respuesta (como castigo o dolor), la intensidad de esta última disminuirá. Como planteó Wolpe (1973): "La terapia aversiva consiste, desde el punto de vista operacional, en administrar un estímulo aversivo para inhibir una respuesta emocional indeseable, y así disminuir su fuerza de hábito" (p. 216). Un estímulo desagradable se coloca en contigüidad temporal con el comportamiento indeseable. La idea es que se forjará una asociación permanente entre el comportamiento indeseable y el estímulo desagradable, y tendrá lugar el condicionamiento.

Estas técnicas pueden parecer adiciones recientes a los repertorios científicos y clínicos. Sin embargo, una pequeña reflexión nos recordará que han estado por aquí durante eones, a menudo en la forma de prácticas sencillas como zurras, "Vete a tu cuarto" y "No verás la televisión esta noche". Las técnicas modernas de terapia aversiva difieren de estos ejemplos al menos en dos aspectos importantes. Primero, la presentación del agente aversivo es sistemática. La contigüidad temporal se supervisa con cuidado. Segundo, el castigo se aplica en forma consistente. El castigo paterno a menudo es muy inconsistente; en ocasiones el comportamiento indeseable del niño recibe un castigo inmediato, pero con mucha frecuencia el padre lo olvida, o está distraído, o demasiado cansado para responder. Como resultado, el niño aprende que en ocasiones el comportamiento es ignorado y por tanto no ocurre la extinción. Como procedimientos clínicos formales, estas técnicas se han aplicado con mayor frecuencia para ayudar a los pacientes a incrementar su autocontrol. Se han utilizado a fin de afrontar problemas de obesidad, tabaquismo, alcoholismo y desviaciones sexuales.

Agentes aversivos. Entre los agentes aversivos más utilizados están la estimulación eléctrica y los fármacos. Por ejemplo, se han utilizado eméticos fuertes en forma aversiva durante muchos años (véase, por ejemplo, Voegtlin y Lemere, 1942), en especial en el tratamiento del alcoholismo. Se da al paciente un fármaco que produce náusea o vómito y luego toma una bebida (o el fármaco puede mezclarse con la bebida). El sujeto pronto se siente mal. Esta combinación de alcohol y emético se da durante una semana a diez días. Al final, la sola vista de la bebida es suficiente para inducir náusea e incomodidad.

Wolpe (1973) ha descrito una variedad de agentes aversivos, incluyendo contener la respiración, fumar cigarrillos rancios, oler soluciones repugnantes de asafétida, iluminación intensa, ruido blanco y vergüenza. Es claro que el abanico de agentes aversivos potenciales sólo está limitado por la imaginación de los terapeutas ingeniosos.

Sensibilización cubierta. Cautela (1967) desarrolló un conjunto de procedimientos, conocidos como *sensibilización cubierta*, que se basan en imágenes en lugar de en el uso real de castigo, fármacos o estimulación. Se pide a los pacientes que se imaginen realizando los comportamientos que desean eliminar. Una vez que tienen los comportamientos indeseables en forma clara en la mente, se les indica que imaginen hechos aversivos en extremo. Algunas de las instrucciones son intensas por decir lo menos. Un ejemplo bastante leve del tratamiento de un caso de ingestión excesiva de alimentos será suficiente: "Cuando tocas el tenedor, puedes sentir las partículas de alimento avanzando poco a poco por tu garganta. Estás a punto de vomitar" (Cautela, 1967, p. 462). Las descripciones siguientes se vuelven más gráficas.

Otras técnicas. Otras técnicas de la terapia del comportamiento, aunque consideradas formas de terapia aversiva o castigo desde el punto de vista técnico, son menos extremas que la administración de agentes aversivos o la sensibilización cubierta. Por ejemplo, el *costo de respuesta* es una técnica en que los reforzadores positivos (como las fichas en un sistema de economía de fichas) se retiran después de una respuesta indeseable (como un berrinche) del paciente (Thorpe y Olson, 1997). Otro ejemplo es una técnica llamada *sobrecorrección*. Aquí, la idea es que el hacer que el paciente o cliente "sobrecorrija" las consecuencias de un acto hará menos probable que recurra el comportamiento (Thorpe y Olson, 1997). Por ejemplo, podría requerirse que un adolescente que ha usado un marcador para escribir "Jódete, papá" en la pared de una habitación, pinte todas las paredes del cuarto.

Segundas intenciones. Conductistas prominentes (como Skinner) han cuestionado la efectividad del castigo para influir y controlar el comportamiento, y muchos clínicos han restado importancia a los métodos aversivos en sus enfoques de la terapia conductual. Lazarus (1971a), por ejemplo, afirmó que la formación de mejores repertorios de respuesta y la reducción de la ansiedad producen resultados más duraderos que las técnicas aversivas. Por tanto, puede resultar que, a la larga, sea más eficiente tratar a un fetichista sexual reduciendo el temor del paciente a los comportamientos heterosexuales por medio del ensayo conductual que castigándolo cada que visualiza un par de zapatos de mujer.

Muchos críticos, tanto dentro como fuera del movimiento de la terapia del comportamiento, han censurado mucho la terapia aversiva. La concentración en el castigo y el uso de lo que en ocasiones son estímulos aterradores a menudo parecen incompatibles con la dignidad humana. No viene al caso que los pacientes se presenten en forma voluntaria al tratamiento o no. Parecen mejor relegadas a la categoría de tortura que dignificados como tratamiento técnicas como la inducción del vómito, la utilización de un fármaco tipo curare de modo que el paciente experimente la sensación de sofocación o la inyección de humo rancio en las fosas nasales.

Otros sostienen que las técnicas aversivas, utilizadas de modo sensible por profesionales reputados, tienen verdadero mérito. Con más frecuencia, las técnicas aversivas se usan después de que ha fallado todo lo demás. Además, los pacientes no son arrastrados pateando y gritando a la situación. Por lo general, los procedimientos se aplican a personas que tienen problemas debilitantes serios (alcoholismo, tabaquismo excesivo, desviaciones sexuales) y quienes están desesperados porque nada más ha funcionado. Estas personas participan en forma voluntaria en la terapia aversiva como un mal menor; en el mismo espíritu, quizá, en que uno se somete una vez al año a esa tortura aterradora a manos de un dentista amigable. ¡El debate continúa!

Terapia cognoscitiva conductual

Antecedentes

No hace demasiado tiempo, términos y conceptos como *modificación de conducta, desensibilización sistemática, operante, moldeamiento, economías de fichas* y *condicionamiento aversivo* dominaban en gran parte un capítulo sobre terapia del comportamiento, pero esto ya no es así. Ahora encontramos una cobertura de conceptos y términos como *modificación del comportamiento cognoscitivo, reestructuración cognoscitiva, inoculación contra el estrés*

y *reestructuración racional*. El cambio significa una orientación cognoscitiva en la terapia del comportamiento que se ha apoderado de la disciplina en años recientes (Hollon y Beck, 1994).

Una perspectiva cognoscitiva de los problemas clínicos recalca la función del pensamiento en la etiología y mantenimiento de los problemas. La *terapia cognoscitiva conductual* busca modificar o alterar patrones de pensamiento que se cree que contribuyen a los problemas del paciente. Estas técnicas tienen una gran cantidad de sustento empírico (Smith y cols., 1980; Hollon y Beck, 1994) y se ven entre las más efectivas de todas las intervenciones psicológicas. Por ejemplo, los tratamientos cognoscitivos conductuales dominan la lista más reciente de ejemplos de tratamientos con sustento empírico (Chambless y cols., 1998).

El movimiento hacia la terapia cognoscitiva conductual. Al reflexionar en estas tendencias cognoscitivas, evidentes incluso hace dos décadas, Mahoney (1977a) observó:

> A pesar de su larga historia de rivalidad a menudo acérrima, los psicólogos conductistas y los cognoscitivistas parecen descansar cautelosamente en la misma cama teórica. Por supuesto, este flirteo bastante asombroso no carece de sus detractores. Unos cuantos conductistas parecen verlo como una juerga boba con el mentalismo que esperan pasará. Del mismo modo, algunos psicólogos cognoscitivistas han visto la fusión con suspicacia. (p. 5)

Aunque se han desarrollado varios tratamientos efectivos basados en principios de aprendizaje conductual tradicionales, para inicios de los setenta estaba claro que diversas condiciones clínicas encontradas con frecuencia (como la depresión) no se manejaban con facilidad mediante tratamientos basados en el condicionamiento clásico u operante (Thorpe y Olson, 1997). En cierto sentido, las limitaciones de la psicodinámica y el conductismo radical estimularon la mezcla actual de métodos conductuales y cognoscitivos. Esta mezcla también se facilitó por la presencia de varios modelos teóricos que incorporaron variables cognoscitivas junto con el rigor científico y experimental que aprecian los conductistas.

La función de la teoría del aprendizaje social. En particular, la teoría del aprendizaje social de Rotter (Rotter, 1954; Rotter, Chance y Phares, 1972) ayudó a cerrar el abismo entre la práctica clínica psicodinámica tradicional y la teoría del aprendizaje. Fue una teoría que explicó el comportamiento como un producto conjunto del reforzamiento y las expectativas. Las personas eligen comportarse como lo hacen debido a que se espera que el comportamiento elegido conduzca a una meta o resultado de algún valor.

La presencia de esta teoría del aprendizaje social hizo al menos dos cosas por el desarrollo de la terapia del comportamiento. Primera, produjo cantidad de clínicos (e influyó en otros) que estaban listos para aceptar técnicas conductuales más nuevas y que estaban equipados con un punto de vista teórico que podría facilitar la modificación de aquellas técnicas a lo largo de líneas más cognoscitivas. Segunda, la teoría, en cuanto cognoscitiva y motivacional, fue capaz de mezclar los procedimientos terapéuticos antiguos derivados en forma psicodinámica con los enfoques conductual y cognoscitivo más recientes. Por su sola presencia, entonces, la teoría del aprendizaje social facilitó una fusión de enfoques que todavía está en progreso. Al evaluar la utilidad de esta teoría del aprendizaje social en la práctica de la psicoterapia tradicional y la terapia del comportamiento, considérense los siguientes puntos expuestos por Rotter (1970):

1. La psicoterapia es considerada como una situación de aprendizaje y la función del terapeuta es capacitar al paciente para lograr cambios planeados en el comportamiento observable y en el pensamiento.
2. Una estructura de solución de problemas es una forma útil de ver las dificultades de la mayoría de los pacientes.
3. Con frecuencia, la función del terapeuta es guiar el proceso de trabajo en equipo, de modo que no sólo se debiliten comportamientos y actitudes inadecuados sino que se aprendan comportamientos más satisfactorios y constructivos.
4. A menudo es necesario cambiar las expectativas irreales; al hacerlo, uno debe darse cuenta cómo surgieron ciertos comportamientos y expectativas y cómo fue que el paciente aplicó mal o generalizó de más la experiencia previa.

5. En la terapia, el paciente debe aprender a interesarse en los sentimientos, expectativas, motivos y necesidades de otros.
6. Las experiencias nuevas o diferentes en la vida real a menudo pueden ser mucho más efectivas que las que ocurren sólo durante la situación de terapia.
7. En general, la terapia es una especie de interacción social.

El trabajo de Bandura (1969) es otra contribución muy significativa que ha facilitado el giro cognoscitivo en la terapia del comportamiento. Bandura demostró la importancia del aprendizaje indirecto y la función de los mediadores cognoscitivos en el afecto y en la ejecución. Su interés (1977a) en las formas en que varios procedimientos de tratamiento incrementan la sensación de autoeficiencia del paciente es un paso más hacia la unificación de las esferas conductual y cognoscitiva. En su modelo propuesto, Bandura afirma que las expectativas de eficiencia personal surgen de los logros reales, persuasión verbal, experiencia indirecta y estados fisiológicos del paciente. Varias formas de terapia se ven muy productivas para incrementar la creencia de los pacientes en su eficacia personal.

Los teóricos del aprendizaje social como Rotter, Bandura y otros resaltaron la idea de que el aprendizaje es un proceso activo y no pasivo; es decir, muchas características personales y procesos cognoscitivos influyen en el comportamiento, en ocasiones en forma independiente de estímulos, situaciones o reforzadores. Por consiguiente, se hicieron intentos por investigar mejor estas "nuevas" influencias en el comportamiento, y se desarrollaron tratamientos que se centraban en estos factores mediadores, cognoscitivos y personales. En esta sección, describimos diversos enfoques de tratamiento cognoscitivos conductuales.

Modelamiento

Bandura (1969, 1971) ha abogado por el uso del *modelamiento*, o aprendizaje por observación, como un medio de alterar patrones de comportamiento, en particular en niños. La imitación, modelamiento u observación son técnicas mucho más eficientes para el aprendizaje que una simple dependencia del castigo para las respuestas incorrectas y recompensas por las correctas. Una nueva habilidad o un conjunto nuevo de comportamientos pueden aprenderse con más eficiencia observando a otra persona. Ver a otros realizando un comportamiento puede ayudar también a eliminar o reducir temores y ansiedades asociados. Por último, por medio de la observación uno puede aprender a usar comportamientos que ya son parte del repertorio conductual.

Tal vez el uso más extendido del modelamiento sea eliminar temores irreales (Bandura, Adams y Beyer, 1977; Bandura, Jeffrey y Wright, 1974). Las fobias (en especial a las serpientes) han sido el medio principal de demostrar y de investigar las técnicas de modelamiento. En el modelamiento participante, por ejemplo, el paciente observa al terapeuta o modelo sostener una serpiente, permitirle que repte sobre el cuerpo, etcétera. A continuación, en la participación guiada, se exhorta al paciente a intentar una serie de actividades similares, graduadas de acuerdo con su potencial para producir ansiedad. Es ilustrativo de este enfoque general un estudio de mujeres anorgásmicas tratadas con un programa de entrenamiento en masturbación autoadministrado durante un periodo de seis semanas. McMullen y Rosen (1979) describieron como sigue las técnicas generales, usadas en dos condiciones de tratamiento diferentes:

> *Procedimiento de modelamiento videograbado.* Se preparó una serie de seis secuencias videograbadas de 20 minutos para el estudio. Las cintas presentaban a una modelo haciendo frente a la situación: una actriz representaba a una mujer anorgásmica que aprende en el transcurso de las seis sesiones a estimularse hasta el orgasmo y luego a transferir esta capacidad a la relación sexual con su pareja. El contenido de las cintas incluía autoexploración, autoestimulación y, por último, una representación explícita de la forma de alcanzar el orgasmo por medio de la relación con una pareja.
>
> *Instrucciones escritas.* Los argumentos videograbados se resumieron en forma de folletos escritos, cuyo contenido era equivalente a las videocintas, de acuerdo con una prueba previa. Se siguió el mismo procedimiento para estos sujetos, en que se requirió que acudieran una vez a la semana para leer el

folleto apropiado durante las seis semanas del programa de entrenamiento. Los folletos también se leían en privado, y estos sujetos pasaban aproximadamente la misma cantidad de tiempo en la clínica. (p. 914)

Como señalaron Thorpe y Olson (1997), el aprendizaje por observación es mejor y más eficiente cuando se cumplen las cuatro condiciones siguientes:

1. Los pacientes atienden al modelo. Los incentivos pueden ser útiles para facilitar la atención.
2. Los pacientes retienen la información proporcionada por el modelo. Puede ser útil usar técnicas de imaginación o estrategias de codificación verbal para ayudarlos a organizar y retener la información proporcionada.
3. Los pacientes deben ejecutar el comportamiento modelado. Es importante imitar y practicar el comportamiento para facilitar el aprendizaje y el cambio de comportamiento.
4. Por último, se debe motivar a los pacientes a usar el comportamiento modelado. Se sugiere que se utilicen consecuencias reforzadoras para incrementar la probabilidad de emplear dicho comportamiento.

Reestructuración racional

Con base en el trabajo de Albert Ellis (1962), Goldfried y Davison (1994) aceptan la noción de que mucho comportamiento desadaptativo está determinado por las formas en que las personas interpretan su mundo o por las suposiciones que hacen sobre él. Si esto es cierto, resulta que el terapeuta del comportamiento debe ayudar a los pacientes a aprender a etiquetar las situaciones en forma más realista, de modo que a final de cuentas obtengan mayores satisfacciones. Para facilitar esta *reestructuración racional* de circunstancias, el terapeuta puede utilizar en ocasiones razonamientos o discusiones en un intento por lograr que los pacientes vean la irracionalidad de sus creencias. Además de ofrecerles un análisis racional de sus problemas, el terapeuta puede intentar enseñarles a "modificar sus enunciados internos"; es decir, se les puede enseñar que cuando comiencen a sentirse mal en situaciones reales, deben hacer una pausa y preguntarse qué se están diciendo en esas circunstancias. En otros casos, el terapeuta puede hacer que los pacientes en la sala de terapia imaginen situaciones problema particulares. Todo esto puede combinarse con ensayo conductual, tareas en vivo, modelamiento, etcétera. Por tanto, la reestructuración racional no es un procedimiento autónomo derivado en forma teórica, sino una serie ecléctica de técnicas que pueden adaptarse a las demandas particulares de la situación del paciente.

Un buen ejemplo de la reestructuración racional es la *terapia racional emotiva (TRE)* de Ellis (1962). Es evidente que Ellis fue un pionero en lo que se convertiría en la terapia cognoscitiva conductual. La TRE pretende cambiar el comportamiento alterando la forma en que el paciente piensa en las cosas. La sabiduría convencional a menudo sugiere que los acontecimientos causan (conducen en forma directa a) problemas emocionales y conductuales. Pero de acuerdo con Ellis, todo comportamiento, sea desadaptado o de otro modo, no está determinado por los acontecimientos sino por la interpretación de la persona de dichos acontecimientos. En el ABC de la TRE, Ellis afirma que son las *creencias* (*beliefs*, B) sobre los acontecimientos o situaciones *activadoras* (A) las que determinan las *consecuencias* (C) emocionales o conductuales. Ve la terapia psicoanalítica, con su dependencia extrema en el insight, como ineficiente; los orígenes del pensamiento irracional no son tan importantes como los mensajes que se dan las personas.

En cierto sentido, la meta básica de la TRE es que las personas enfrenten su pensamiento ilógico. Ellis trata de hacer que el cliente use el sentido común. El terapeuta se convierte en un maestro activo y directivo. El recuadro 14-3 presenta algunas de las ideas irracionales más comunes que Ellis creía que influían en muchas personas. Las revisiones de la literatura empírica sugieren que la TRE es una intervención psicológica efectiva (Smith y cols., 1980). Sin embargo, se ha exigido una investigación más detallada de los componentes de la TRE que conducen a un cambio en la situación clínica (Haaga y Davison, 1993).

Entrenamiento para la inoculación contra el estrés

Basado en su investigación —la cual indicó que los pacientes podían usar su conversación o instrucción para modificar su comportamiento y que los terapeutas podrían entrenar a sus pacientes a cambiar su con-

RECUADRO 14-3

Ideas "irracionales" comunes

A continuación se enumeran las 12 ideas irracionales que Ellis (1977) cree que son muy comunes en el pensamiento de muchas personas. Aunque la mayoría de nosotros comparte esta clase de pensamiento, la dependencia *extrema* en estas creencias puede ser debilitante.

1. La idea de que debe, sí, debe tener un amor sincero y aprobación casi todo el tiempo de todas las personas que significan algo para usted.
2. La idea de que debe demostrarse que es competente, adecuado y con logros perfectos; o que al menos debe tener una competencia real o talento en algo importante.
3. La idea de que las personas que le hacen daño o cometen delitos se clasifican en general como individuos malos, perversos o infames, y que debería culparlos, condenarlos y castigarlos con severidad por sus pecados.
4. La idea de que la vida resulta pavorosa, terrible, horrible o catastrófica cuando las cosas no salen como le gustaría que salieran.
5. La idea de que la miseria emocional proviene de presiones externas y que tiene poca capacidad para controlar sus sentimientos o deshacerse por sí solo de la depresión y la hostilidad.
6. La idea de que si algo parece peligroso o temible, debe ocuparse terriblemente de él y preocuparse al respecto.
7. La idea de que encontrará más fácil enfrentar muchas de las dificultades y responsabilidades propias de la vida que emprender algunas formas remuneradoras de autodisciplina.
8. La idea de que su pasado sigue siendo de lo más importante y que, debido a que algo influyó en forma muy intensa en su vida, tiene que seguir determinando sus sentimientos y comportamiento en la actualidad.
9. La idea de que las personas y las cosas deberían resultar mejores de lo que son; y que tiene que verlo como espantoso y horrible si no encuentra rápido buenas soluciones para las vicisitudes de la vida.
10. La idea de que puede lograr la felicidad por inercia e inacción o por "disfrutarse a sí mismo" en forma pasiva y sin comprometerse.
11. La idea de que debe tener un alto grado de orden o certidumbre para sentirse confortable; o que necesita algún poder sobrenatural del cual depender.
12. La idea de que se da una estimación global como un humano y que su valor general y aceptación de sí mismo depende de la bondad de su ejecución y el grado en que la gente lo aprueba.

Fuente: tomado de "A Basic Clinical Theory of Rational-Emotive Therapy", por A. Ellis, p. 10. En A. Ellis y R. Grieger (eds.), *Handbook of Rational-Emotive Therapy*. Derechos reservados © 1977 por Springer Publishing Company, Inc., Nueva York 10012. Utilizado con autorización.

versación—, Meichenbaum (1977) desarrolló el *entrenamiento para la inoculación contra el estrés (EIE)*. El EIE tiene como objetivo prevenir que se desarrollen los problemas "inoculando" a los individuos contra factores productores de estrés presentes y futuros (Meichenbaum, 1996). Está diseñado para ayudar a los individuos a desarrollar habilidades de afrontamiento nuevas y hacer uso pleno de las estrategias de afrontamiento que ya posee (Meichenbaum, 1996). El EIE para afrontar factores productores de estrés aparece en la lista más reciente de ejemplos de tratamientos con sustento empírico (Chambless y cols., 1998). El EIE procede en tres fases que se superponen (Meichenbaum, 1996):

1. *Fase de conceptualización:* primero, el paciente es educado respecto de la forma en que cierto pensamiento o patrones de valoración condu-

cen al estrés, a otras emociones negativas y a un comportamiento disfuncional. Se le enseña a identificar amenazas o factores productores de estrés potenciales y la forma de afrontarlos.
2. *Fase de adquisición de habilidades y ensayo:* el paciente practica habilidades de afrontamiento (por ejemplo, autorregulación emocional, reestructuración cognoscitiva, utilización de sistemas de apoyo) en la clínica y luego en forma gradual en el "mundo real", conforme encara los factores productores de estrés.
3. *Fase de aplicación:* surgen oportunidades adicionales para que el cliente aplique una amplia variedad de habilidades de afrontamiento a lo largo de un abanico de condiciones estresantes. A fin de consolidar estas habilidades, puede pedírsele que ayude a otros que están experimentando problemas similares. Se incorporan más procedimientos de "inoculación", incluyendo la prevención de recaídas y sesiones de revacunación, durante el periodo de seguimiento.

A fin de dar un ejemplo concreto, Novaco (1977) describe la aplicación de los procedimientos de inoculación contra el estrés para tratar los problemas de ira de pacientes deprimidos en pabellones psiquiátricos agudos. En esencia, los procedimientos entrañan la preparación cognoscitiva de dichos pacientes, la adquisición y ensayo de las habilidades necesarias y la práctica en la aplicación de tales habilidades. Para preparar en forma cognoscitiva a los sujetos, se les dan manuales de instrucciones que describen la naturaleza y funciones de la ansiedad, incluyendo una exposición de las situaciones en que la ira es un problema, qué causa la ira y cómo puede regularse. Los componentes de esta preparación cognoscitiva incluyen la identificación de personas y situaciones que precipitan la ira, aprender a diferenciar entre ésta y la agresión, discriminar entre la ira justificada y la innecesaria, y reconocer los primeros signos de tensión y excitación en una secuencia de provocación.

Terapia cognoscitiva de Beck

Aaron Beck ha sido un pionero en el desarrollo de tratamientos cognoscitivos conductuales para una variedad de problemas clínicos (Beck, 1991). Este modelo de intervención comprende el uso de técnicas cognoscitivas y conductuales para modificar patrones de pensamiento disfuncionales que caracterizan al problema o trastorno en cuestión (Beck, 1993). Por ejemplo, se cree que los deprimidos albergan creencias negativas o pesimistas sobre ellos, su mundo y su futuro. Por tanto, un hombre deprimido de 45 años podría ser propenso a ser muy autocrítico (y a menudo sentirse culpable, aun cuando no sea apropiado), a ver el mundo como carente de apoyo e injusto, y a no tener muchas esperanzas de que las cosas mejoren en el futuro. Las siguientes técnicas de *terapia cognoscitiva (TC)* podrían utilizarse en el tratamiento de su depresión (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979):

1. Programar actividades para contrarrestar su inactividad relativa y su tendencia a enfocarse en sus sentimientos depresivos.
2. Incrementar las tasas de actividades agradables al igual que de aquellas en que experimenta algún grado de dominio.
3. Ensayo cognoscitivo: hacer que el paciente imagine cada paso sucesivo que conduce a la conclusión de una tarea importante (como asistir a una clase de ejercicio), de modo que puedan identificarse, anticiparse y abordarse los impedimentos potenciales.
4. Capacitación en asertividad y representación de papeles.
5. Identificación de pensamientos automáticos que ocurren antes o durante los episodios disfóricos (por ejemplo, "No puedo hacer nada bien").
6. Examinar la realidad o precisión de estos pensamientos al desafiar con amabilidad su validez ("¿Así que no cree que haya *algo* que pueda hacer bien?").
7. Enseñar al paciente a reatribuir la "culpa" de las consecuencias negativas a la fuente apropiada. Los clientes deprimidos tienden a culparse por los resultados negativos, aun cuando no tengan la culpa.
8. Ayudar al sujeto a buscar soluciones alternativas a sus problemas, en lugar de resignarse a su insolubilidad.

Ésta es una muestra ilustrativa abreviada de las técnicas utilizadas en la terapia cognoscitiva de Beck contra la depresión. El recuadro 14-4 presenta las principales características de la terapia cognoscitiva contra la depresión. Vale la pena repetir que la terapia cognoscitiva ha demostrado ser una de las técni-

RECUADRO 14-4

Características de la terapia cognoscitiva contra la depresión

La terapia cognoscitiva de Aaron Beck contra la depresión es un tratamiento con sustento empírico (Chambless y cols., 1998) que es activo, estructurado y de tiempo limitado. Se distingue por las siguientes características (Butler y Beck, 1996).

Foco

La TC se enfoca en la conexión entre los patrones o estilo de pensamiento, las emociones y el comportamiento.

Duración

De manera típica 14 a 16 sesiones. Muchos pacientes muestran una remisión de los síntomas en 8 a 12 sesiones.

Función del terapeuta de TC

El terapeuta de TC es un colaborador activo y que brinda apoyo. Por medio de la psicoeducación, el descubrimiento guiado, el cuestionamiento socrático, la representación de papeles y experimentos conductuales, los pacientes son ayudados a abordar y cambiar las formas desadaptativas de pensamiento que conducen a la depresión y otros afectos negativos o los mantienen.

Estructura de una sesión típica

Se verifican los síntomas de estado de ánimo, se establece una agenda para la sesión, se resume la sesión anterior, se revisan las tareas hechas en casa, se discuten los puntos de la agenda, se asigna nueva tarea, y terapeuta y paciente resumen y evalúan la sesión actual.

Fases del tratamiento

En la primera fase (alrededor de ocho sesiones), se introduce el modelo cognoscitivo, se adquieren habilidades y se logra algún dominio. Ocurre una reducción en los síntomas depresivos.

En las restantes sesiones, se evalúan y modifican las creencias disfuncionales que pueden conducir a una recaída (por ejemplo, "Este buen sentimiento no durará"), se enseñan habilidades para la prevención de la recaída y se discuten cuestiones acerca de la terminación.

cas más efectivas entre las que se dispone para tratar la depresión (Chambless y cols., 1998; Dobson, 1989; Hollon y Beck, 1994). Además, se ha adaptado para su uso en pacientes con trastornos de ansiedad (Beck y Emery, 1985), de la alimentación (Fairburn y cols., 1991) y de la personalidad (Beck, Freeman y asociados, 1990), para citar sólo unos cuantos ejemplos. Los estudios empíricos sugieren que puede ser una forma muy efectiva de intervención contra una amplia gama de problemas clínicos (Hollon y Beck, 1994; Smith y cols., 1980).

Evaluación de la terapia del comportamiento

Los defensores de la terapia del comportamiento ven su progreso como evidencia tangible de lo que puede lograrse cuando se hace a un lado la "farsa" mentalista, subjetiva y no científica de la psicodinámica o fenomenología. Los críticos, por otra parte, la ven como superficial, pretenciosamente científica e incluso deshumanizante en sus intentos mecanicistas de cambiar el comportamiento humano. Estas críticas reflejan muchos de los "mitos" sobre la terapia del comportamiento (Goldfried y Davison, 1994). En cualquier caso, más psicólogos clínicos describen su orientación como cognoscitiva o conductual que como cualquier otra orientación (Norcross y cols., 1997a).

Ahora examinaremos algunas de las ventajas y limitaciones de los enfoques conductual y cognoscitivo conductual, y luego cerraremos con un resumen de algunos de los retos que le esperan.

Ventajas

En muchas formas, la terapia del comportamiento ha cambiado los campos de la psicoterapia y la psicología clínica (Wilson, 1997). A continuación exponemos varias formas importantes en que ha tenido impacto.

Efectividad. Como se ha mencionado a lo largo del capítulo, hay una evidencia amplia de que una extensa variedad de terapias conductuales y cognoscitivas conductuales son efectivas (Chambless y cols., 1998; Emmelkamp, 1994; Hollon y Beck, 1994; Smith y cols., 1980). De hecho, la terapia del comportamiento parece ser el tratamiento de elección contra muchos trastornos (Wilson, 1997). El lector puede recordar los resultados del metaanálisis de Smith y colaboradores (1980) presentado en el capítulo 11 (tabla 11-5). Los efectos del tamaño separados calculados para la TRE, terapias cognoscitivas distintas a la TRE, desensibilización sistemática, modificación del comportamiento y terapia cognoscitiva conductual indicaron que, en promedio, un cliente que recibió cualquiera de estas formas de terapia del comportamiento funcionaba mejor que al menos 75% de aquellos que no recibieron tratamiento. Metaanálisis más recientes han llegado a conclusiones similares en una gama de trastornos. Además, la mayor parte de los estudios metaanalíticos que han comparado la efectividad de las técnicas conductuales o cognoscitivas conductuales con la de otras formas de psicoterapia (como la psicodinámica o la centrada en el cliente) han encontrado una superioridad pequeña pero consistente para los métodos conductuales y cognoscitivos conductuales (Dobson, 1989; Dush, Hirt y Schroeder, 1983; Nicholson y Berman, 1983; Robinson, Berman y Neimeyer, 1990; Shapiro y Shapiro, 1982; Svartberg y Stiles, 1991). Es claro que los clínicos deben dominar estas técnicas de tratamiento.

Eficiencia. El movimiento de la terapia del comportamiento también trajo con él una serie de técnicas que eran más breves y eficientes. La cantidad interminable de horas de 50 minutos de psicoterapia fue remplazada por una serie mucho más corta de consultas que se enfocaban en los padecimientos del paciente. Se aplicó una serie de procedimientos igual de específicos y el proceso terminaba cuando los padecimientos del paciente ya no existían. Ha desaparecido la eterna "extirpación" de la patología subyacente, la clasificación exhaustiva de la historia del paciente y la búsqueda prolongada del insight. En su lugar hay interés en el presente y un pragmatismo que es señalado por el uso de técnicas concretas contra ciertos problemas. Debido a su eficiencia, la terapia del comportamiento puede ser muy adecuada para el ambiente de la atención de la salud subsidiada (Wilson, 1997).

De hecho, técnicos capacitados para trabajar bajo la supervisión de un clínico con nivel de doctorado pueden poner en práctica algunas técnicas conductuales; por tanto, no todos los componentes de la terapia del comportamiento precisan personal con título de doctorado. Los profesionales capacitados deben establecer los programas de esta terapia (por ejemplo, economías de fichas); pero su ejecución cotidiana puede ponerse en manos de técnicos, paraprofesionales, enfermeras y otros. Esto constituye un ahorro considerable en personal de salud mental y permite alcanzar una población mayor de pacientes que la que se puede tratar con los procedimientos profundos uno a uno, de un enfoque cien por ciento psicodinámico.

Una colección de técnicas con sustento empírico. La terapia del comportamiento ha evolucionado hasta el punto de incluir una amplia colección de técnicas, de la desensibilización sistemática a la reestructuración cognoscitiva (Wilson, 1997). A menos que un terapeuta del comportamiento esté comprometido de manera inalterable con un conjunto de procedimientos, este espectro amplio demanda que se hagan elecciones. Para incrementar la probabilidad de efectuar la elección correcta, es probable que el terapeuta recopile información que le permita decidir cuál es la técnica que se acopla mejor al paciente (Peterson y Sobell, 1994). Si la evaluación termina por retomar su posición de prominencia en la lista de las actividades preferidas de los clínicos, se deberá en una medida no pequeña al deseo de los terapeutas del comportamiento de que la información guíe el proceso de toma de decisiones terapéuticas.

PERFIL 14-2

Judith S. Beck, Ph. D.



La doctora Judith S. Beck es directora del Instituto Beck para la Terapia e Investigación Cognoscitiva y profesora clínica asistente en la Escuela de Medicina de la Universidad de Pennsylvania. Es experta en terapia cognoscitiva y viaja por todo el país y el mundo capacitando a profesionales en la teoría y práctica de este enfoque para problemas psicológicos. Además de sus funciones de enseñanza y administrativas, la doctora Beck lleva a cabo y publica investigaciones en las áreas de evaluación y tratamiento cognoscitivos. También es autora o coautora de diversas publicaciones para el público en general relacionadas con la terapia cognoscitiva y la depresión. La doctora Beck nos dio alguna información sobre sus antecedentes, así como su impresión respecto al futuro de la psicología clínica y la terapia cognoscitiva.

¿Por qué se interesó en un principio en el campo de la psicología?

Siempre había estado interesada en trabajar con niños y decidí desde el inicio que deseaba ser maestra. De hecho, mis títulos son en educación y psicología educativa. Al principio enseñaba a estudiantes con dificultades de aprendizaje, luego supervisé a maestros de educación especial. Luego me interesé en el trabajo de Aaron T. Beck, M. D., quien es mi padre y el "padre" de la terapia cognoscitiva. A la mitad de mi programa de doctorado, decidí que debía aprender más sobre este campo de competencia. Al principio era escéptica de que pudiera convertirme en una buena psicóloga, debido a que no sabía que las habilidades de consejería podían aprenderse; no tienen que ser innatas o intuitivas, en la forma en que habían sido mis habilidades para la enseñanza. Al tomar cursos de psicología y realizar prácticas me demostré que muchas de las habilidades que había aprendido y refinado como profesora (y más tarde como supervisora) me fueron de gran utilidad.

Para cerrar el círculo, una de mis actividades profesionales favoritas en la actualidad es enseñar a estudiantes y profesionales en los campos de la salud mental, y en ocasiones también en el campo de la educación.

Describa en qué actividades participa como psicóloga.

Como directora de un centro de psicoterapia no lucrativo cuyas misiones incluyen la atención clínica, la educación y la investigación, mis actividades son bastante variadas. Paso una gran cantidad de tiempo en la administración. Superviso a nuestro personal clínico, a psicólogos y a otros profesionales de la salud mental en nuestros programas de enseñanza extramuros y de visitantes. Realizo una cantidad significativa de enseñanza de la terapia cognoscitiva, en el ámbito nacional e internacional, en cursos, conferencias y talleres.

Además, trato una pequeña carga de casos de pacientes externos con una variedad de trastornos psiquiátricos. Participo en varias becas de investigación como asesora o investigadora principal. Publico artículos y capítulos y en la actualidad estoy trabajando en un segundo libro, el cual enseña a los clínicos cómo conceptualizar, planear el tratamiento y trabajar con pacientes que tienen trastornos desafiantes. Estoy en el consejo de varias organizaciones comunitarias y profesionales, incluyendo una para otorgar credenciales a profesionales de la salud mental como terapeutas cognoscitivos.

Como profesora clínica asistente de psicología en psiquiatría en la Universidad de Pennsylvania, elaboro e imparto cursos de terapia cognoscitiva, superviso a residentes psiquiátricos de tercer y cuarto años, y enseño a estudiantes de psicología en el nivel de posgrado y a enfermeras psiquiátricas.

¿Cuáles son sus áreas particulares de experiencia o interés?

Mi mayor experiencia es la terapia cognoscitiva. Un área en que me he concentrado es la conceptualiza-

ción cognoscitiva de los pacientes, en especial aquellos con trastornos de personalidad. He elaborado un formato estructurado para ayudar a los clínicos a plantear hipótesis basadas en datos acerca de la forma en que los pacientes, como resultado de experiencias infantiles adversas (y predisposición genética), desarrollan creencias negativas rígidas globales sobre ellos, otras personas y sus mundos, y la forma en que estas creencias han afectado su procesamiento de información, percepciones, reacciones emocionales y comportamiento a lo largo de sus vidas.

En conexión con este interés está la enseñanza a los clínicos del uso de la conceptualización cognoscitiva como guía en la formación y mantenimiento de una alianza terapéutica sólida, en la elaboración de planes de tratamiento y en la variación de la estructura, intervenciones y expectativas para pacientes con problemas y trastornos complejos que no responden a la terapia cognoscitiva estándar.

También continúo elaborando estrategias más efectivas para enseñar y supervisar a estudiantes y profesionales. Por ejemplo, estructuro las sesiones de enseñanza y supervisión igual que estructuro la terapia. Además, he elaborado instrumentos para que los pacientes evalúen a los terapeutas, para que los supervisores evalúen a los terapeutas (y para que los terapeutas evalúen a los supervisores).

Soy coautora de una escala que mide las creencias relacionadas con la personalidad y participo en la elaboración de escalas de autoaplicación para niños que evalúan síntomas de depresión, ansiedad, ira, trastornos de conducta y autoestima baja.

¿Cuáles son las tendencias futuras que ve para la psicología clínica?

Una tendencia será el diseño y refinamiento de instrumentos para diagnosticar a los pacientes y evaluar sus síntomas con más precisión. Es probable que las escalas futuras incluyan más reactivos cognoscitivos además de los síntomas emocionales, conductuales y biológicos tradicionales. Se elaborarán más escalas para identificar y medir creencias que subyacen en problemas y diagnósticos específicos. Los psicólogos clínicos se enfocarán cada vez más en la medición de los resultados para evaluar la eficacia del tratamiento.

Creo que los clínicos con nivel de maestría, los trabajadores sociales y los médicos de atención primaria proporcionarán tratamiento a casos sencillos de depresión y ansiedad. A los psicólogos clínicos, que tienen mayor capacitación y una experiencia específica, se les pedirá de manera principal que atiendan pacientes con problemas más complejos, y utilizarán cada vez más tratamientos de base empírica. Las organizaciones de atención a la salud conductual terminarán por racionar la atención de los psicólogos en forma más racional que reconozca la gravedad y la comorbidez de varios diagnósticos.

¿Cuáles son algunas tendencias futuras que ve en la terapia cognoscitiva?

Una tendencia es la aplicación de terapia cognoscitiva a una variedad mayor de trastornos psiquiátricos. Resultados de estudios recientes, por ejemplo, han demostrado la eficacia de la terapia cognoscitiva contra el abuso de sustancias, los trastornos de la alimentación, los trastornos de personalidad y como tratamiento adjunto contra el trastorno bipolar y la esquizofrenia, para nombrar unos cuantos. La terapia cognoscitiva también continuará refinándose para el tratamiento de una variedad de enfermedades médicas: pacientes deprimidos después de un ataque cardiaco, diabéticos que no siguen su régimen de tratamiento, pacientes con condiciones inducidas o exacerbadas por el estrés.

Los clínicos también continuarán expandiendo el suministro de terapia cognoscitiva a pacientes (y sus familias) en una variedad de escenarios: en programas de pacientes hospitalizados y en hospitalización parcial, en clínicas de pacientes externos, en los consultorios de proveedores de atención primaria y especialistas, en centros de rehabilitación, en asilos y en escuelas. Los terapeutas cognoscitivos que son psicólogos clínicos realizarán una enseñanza más extendida a psiquiatras, enfermeras psiquiátricas, trabajadores sociales, consejeros, médicos de atención primaria y otros terapeutas adjuntos cuya eficacia puede reforzarse al incorporar técnicas cognoscitivas en su práctica.

Por último, los profesores y supervisores de terapia cognoscitiva refinarán métodos a fin de aprovechar la tecnología en evolución para programas de aprendizaje a distancia, diseminación de información, foros de discusión por Internet y programas de cómputo multimedia interactivos.

La terapia del comportamiento es una colección muy activa de procedimientos. Comprende evaluación, planeación, decisiones y técnicas. En algunas formas, puede interpretarse como una tecnología compleja. No puede permitirse que una tecnología le "caiga" a un paciente; es algo que debe guiarse con cuidado y previsión y con gran atención al detalle. No es un proceso que permita al terapeuta esperar hasta que el paciente llegue el jueves para pensar en el caso; el especialista no puede tocar de oído todo. Si utiliza procedimientos aversivos, la relación de tiempo entre el inicio del estímulo y el inicio del castigo puede necesitar supervisión estricta. Las economías de fichas no son regímenes fortuitos que pueden dejarse a una toma de decisiones creativa sobre la marcha. Todo debe resolverse con cuidado y anticipación. Es importante decidir si el paciente tiene una deficiencia conductual en lugar de un problema de ansiedad "puro", debido a que las repercusiones terapéuticas son muy diferentes en los dos casos.

Nada de esto pretende dar a entender que todo psicoterapeuta con orientación psicodinámica deja de pensar en los casos entre sesiones de terapia o que siempre elabora la estrategia sobre la marcha. Pero la naturaleza de la psicoterapia tradicional la hace vulnerable a estos problemas de pasividad. Incluso es posible que la calidad activa y vigorosa de los métodos conductuales y la actitud análoga que fuerza en el terapeuta puedan generar en cierta medida la mejoría del paciente que rebasa la causada por los procedimientos empleados. Un terapeuta activo puede ser tranquilizador, emocionante o alentador para algunos pacientes (en contraste con un psicoterapeuta pasivo, contemplativo y evasivo que a menudo tiene poco que decir o sugerir).

También vale la pena repetir que la terapia del comportamiento es el líder indiscutible en la "manualización" de sus tratamientos, de modo que puedan administrarse técnicas con sustento empírico de modo estandarizado. Esto no sólo facilita llevar a cabo investigaciones y proporcionar tratamiento efectivo, sino también la capacitación de futuros psicólogos clínicos que apliquen estos tratamientos efectivos.

Sustitución de síntomas. Tanto como cualquiera, las terapias del comportamiento tendrán una posición segura y valorada en la historia de la psicología debido a que ayudaron a enterrar la noción venerada de la *sustitución de síntomas*. No sólo demostraron que hay alternativas a la perspectiva psicodinámica de la patología, sino que atacaron con eficacia el modelo médico de la patología y sus nociones de enfermedades y síntomas. Después de años de investigación y experiencia clínica, está claro que no todas las quejas del paciente pueden clasificarse como un síntoma de alguna enfermedad psíquica subyacente; una enfermedad que de seguro regresará en la forma de otro síntoma si se suprime el presente sin atender la patología subyacente. Atacar las ansiedades de un paciente en forma directa no necesariamente obligará a regresar a las ansiedades con otro disfraz. Esta demostración no sólo da credibilidad al movimiento conductual; también ha mellado la credibilidad de las orientaciones psiquiátricas y psicodinámicas que habían defendido en forma resuelta la idea de la sustitución de síntomas. Como resultado, se abrió la vía para el desarrollo de técnicas específicas para tratar padecimientos particulares. Sin embargo, estos comentarios deberían ser templados por un reconocimiento de que los ataques directos al problema planteado por el paciente puede no ser siempre la ruta más eficaz. Como lo señalamos antes en este capítulo, puede resultar que algo que no es obvio de inmediato sostenga una ansiedad específica (Lazarus, 1971a).

Amplitud de la aplicación. Una contribución de proporciones mayores ha sido la extensión del intervalo de aplicabilidad de la terapia. La psicoterapia tradicional estaba reservada a las clases media y alta que tenían el tiempo y el dinero para dedicarlos a sus infortunios psicológicos y para estudiantes universitarios articulados, relativamente estudiados, con repertorios bien desarrollados de comportamientos de afrontamiento que asistían a colegios o universidades que ponían a su disposición servicios de consejería a bajo o ningún costo. La terapia del comportamiento ha cambiado todo esto.

Ahora, la terapia puede ayudar incluso a individuos con problemas financieros que tienen retardo mental o una enfermedad mental crónica. Puede ser que estas personas no sean elevadas al nivel de funcionamiento independiente, pero con

el advenimiento de los procedimientos operantes y las economías de fichas, su adaptación institucional a menudo puede mejorarse de manera significativa.

No sólo los institucionalizados se han beneficiado con las técnicas conductuales. Los pacientes de niveles socioeconómicos inferiores con preparación y habilidades verbales limitadas también pueden experimentar ansiedades y fobias o carecer de las habilidades necesarias para la solución de problemas. En casos donde era probable que fallaran las psicoterapias verbales prolongadas que dependían mucho de la introspección, el simbolismo o la liberación de algún potencial interior, una banda amplia de terapias del comportamiento parecía ofrecer una esperanza real.

El profesionista científico y el científico clínico. Para los que apoyan el modelo del profesionista científico o del científico clínico de la psicología clínica, la terapia del comportamiento es un campo que parece alentar una mezcla de los dos papeles. La tradición conductual surge de una herencia experimental y orientada hacia la investigación. Muchas de las técnicas de la terapia del comportamiento se han elaborado en el laboratorio experimental. En ocasiones, incluso el lenguaje de la terapia del comportamiento surge de las revistas de investigación experimental. En la terapia del comportamiento existe una comunicación fácil entre el investigador y el clínico, y con mucha frecuencia la misma persona alterna con comodidad entre los dos papeles. Esta empatía incrementa la probabilidad de que los avances en el laboratorio se reflejen en nuevas técnicas terapéuticas y, a la inversa, que la experiencia clínica tenga una función vital en la determinación de la clase de investigación y evaluación que se realiza.

Críticas

Muchas de las críticas acostumbradas a la terapia del comportamiento perdieron su fuerza una vez que el campo adoptó su postura cognoscitiva. Como ya se señaló, Goldfried y Davison (1994) usaron el término *terapia del comportamiento* con más amplitud para incluir tanto técnicas estrictamente conductuales como cognoscitivas que se derivan de principios establecidos en forma empírica en el laboratorio y que tienen aplicaciones clínicas. Sin embargo, el grado de asociación entre los principios basados en el laboratorio y las técnicas de la terapia del comportamiento es el tema de muchos debates.

Vinculación de la práctica con la ciencia. Durante algunos años, el movimiento conductual viajó en la cresta de una ola de respetabilidad científica. Muchos conductistas, en especial de la variedad radical, parecían clamar por una posición preferencial al afirmar que la terapia del comportamiento descansaba en los robustos principios científicos de la teoría del aprendizaje. En cambio, se decía que los enfoques psicodinámicos eran extrapolaciones crudas de un mentalismo sólo un poco alejado de la brujería. A veces, la simple repetición de las afirmaciones de tener bases científicas o derivarse en forma experimental parecía haber engañado a los adeptos más ardientes de la terapia del comportamiento haciéndolos sobrestimar su "ciencia". Pero no todos los métodos conductuales se basan en evidencia experimental fuerte; muchos han surgido de la experiencia clínica (Wilson, 1997). Es más, muchas cosas que hacen los terapeutas conductuales pueden explicarse igual de bien con puntos de vista que no son conductuales (Goldfried y Davison, 1994).

Deshumanización. Entre las caracterizaciones más durables del movimiento conductual están "estéril", "mecanicista" y "deshumanizante". Para demostrar que aquí opera una denominación prejuiciosa real, Woolfolk, Woolfolk y Wilson (1977) pidieron a dos grupos de estudiantes de licenciatura que vieran videograbaciones idénticas de un profesor utilizando métodos de reforzamiento. Al primer grupo se le dijo que la cinta ilustraba modificación del comportamiento; para el segundo grupo, la cinta fue rotulada como una ilustración de educación humanista. Un cuestionario subsiguiente reveló que cuando la cinta era descrita en términos humanistas, el profesor en la cinta recibió estimaciones significativamente mejores y el método de enseñanza descrito fue visto con una probabilidad bastante mayor de promover el aprendizaje y la madurez emocional.

El uso de términos que sonaban mecanicistas como *respuesta*, *estímulo*, *reforzamiento* y *operante* no tiene por qué denotar que el terapeuta o el mé-

todo sea indiferente, estéril o deshumanizante. El uso sistemático de principios de aprendizaje y el examen de analogías animales como ilustraciones simples para resaltar la naturaleza del aprendizaje humano no deberían conducir a una inferencia fácil de que los terapeutas del comportamiento son robots fríos y manipuladores cuyos intereses están más en sus principios del aprendizaje que en los clientes. Es de esperarse que con la orientación cognoscitiva creciente comenzarán a desvanecerse estas imágenes erróneas.

Aunque nada inherente en la terapia del comportamiento debería llevar a uno a concluir que es necesariamente deshumanizante, su historia inicial proporciona unos cuantos episodios desafortunados y una estridencia considerable de retórica. Ya hemos comentado el uso de técnicas aversivas que muchos consideraban más parecidas al sadismo que a la terapia. Además, muchos de los primeros conductistas parecían tan obsesionados con sus principios y tecnología que el sentido común parecía ser la víctima principal. Sus ataques —en ocasiones ingenuos— a la psicodinámica y su celosa confianza excesiva en la tecnología a menudo caían en forma directa en las manos de sus críticos y sólo servía para dificultar la vida de sus sucesores. En el análisis final, ninguna tecnología o conjunto de principios va a permitir que los clínicos se den el lujo de abandonar su sensibilidad clínica.

Maduración interior. La terapia del comportamiento también ha recibido la crítica de ser curativa pero no productora de maduración interior. Se ha dicho que alivia síntomas o proporciona unas cuantas habilidades, pero no ofrece experiencias creativas satisfactorias. Aunque puede alterar el comportamiento, no alcanza a promover la comprensión. Deja fuera la persona interior, los valores, la responsabilidad y los motivos. Una vez más, aunque no por completo fuera del blanco, estas críticas son menos apropiadas para el énfasis cognoscitivo más reciente en la terapia del comportamiento, un interés que tiene que ver con variables mediadoras como las expectativas y los autoconceptos, siempre que sean describibles con objetividad y se infieran a partir de estímulos y respuestas específicos.

Problemas inespecíficos. Durante algunos años, los críticos de la terapia del comportamiento se han quejado de que no trata en forma adecuada los problemas que son vagos o de carácter existencial. Es fácil manejar una fobia a las serpientes buena y directa mediante relajación, desensibilización sistemática o modelamiento. Pero, ¿qué pasa con el ama de casa deprimida e insatisfecha que enfrenta un hogar vacío cuando su familia ha crecido? ¿Qué hay de la sensación vaga e indefinida de ansiedad o depresión? En resumen, ¿las técnicas que manejan ansiedades o deficiencias conductuales específicas también resuelven dilemas morales o la sensación de carencia de sentido? La respuesta no es clara. Ya en 1964, Grossberg reconoció esta limitación de la terapia del comportamiento cuando comentó: "Una revisión de esta literatura reveló que las terapias del comportamiento se han aplicado a muchos trastornos neuróticos y psicóticos y han sido más exitosas con trastornos que suponen comportamientos desadaptativos específicos" (p. 73).

En parte se debe a estas limitaciones que la terapia del comportamiento haya comenzado a transformarse en una empresa más cognoscitiva y, sí, incluso más psicodinámica y humanista (Goldfried y Davison, 1994). Y si mantiene su empatía con la teoría del aprendizaje, la objetividad y la investigación científica conforme avanza con cautela hacia esta postura más cognoscitiva, dinámica y humanista, todavía puede tener lo mejor de todos los mundos.

Procesos mentales. Aunque de pocos terapeutas conductuales puede decirse que abracen el inconsciente, sólo los conductistas radicales insisten en el rechazo absoluto de todos los llamados procesos mentales. Del mismo modo, no es probable que muchos clínicos conductuales recomienden una reconstrucción exhaustiva del pasado del paciente (en especial de la psicosexualidad de la infancia). Pero esto no es afirmar que las experiencias de aprendizaje pasadas no han conducido al predicamento actual del sujeto; en efecto, lo han hecho. Cualquier clínico conductual sensible dedicará tiempo a entender cuáles fueron esas experiencias de aprendizaje. Al hacerlo, puede distinguir mejor entre deficiencias y problemas conductuales y comprender mejor cómo estructurar las experiencias de aprendizaje presentes de modo que permitan a los pacientes afrontar mejor sus problemas.

Manipulación y control. Una de las críticas más volátiles y emotivas contra la terapia del comportamiento se centra en la cuestión de la manipulación y el control. El argumento parece ser que estas terapias representan asaltos insidiosos y a menudo directos a la capacidad del paciente para tomar decisiones, asumir la responsabilidad y mantener la dignidad y la integridad. Pero los pacientes buscan ayuda profesional en forma voluntaria, reconociendo por consiguiente su necesidad de ayuda y guía para alterar sus vidas; por tanto, tiene la oportunidad de aceptar o rechazar los procedimientos que se le ofrecen (aunque esta defensa puede no aplicarse tan bien en escenarios institucionales). Además, muchas técnicas de la terapia del comportamiento están dirigidas a ayudar a los pacientes a establecer habilidades que los conducirán a una autodirección y un autocontrol mayores (Goldfried y Davison, 1994).

Generalización. Una crítica muy perjudicial de varias formas de terapia del comportamiento tiene que ver con la efectividad en escenarios distintos a aquellos en que se llevaron a cabo. En otras palabras, ¿los efectos de los programas de la terapia del comportamiento se generalizan fuera de las situaciones en que se practicaron? Una vez más, en interés de la imparcialidad, debe señalarse que la mayor parte de las formas de psicoterapia son sujetas a la misma interrogante. Por ejemplo, algunos pacientes muestran una mejora o adaptación marcada en la situación de psicoterapia, aun cuando esta adaptación no se generaliza a escenarios fuera de la terapia.

Los enfoques operantes (economías de fichas y programas de manejo conductual relacionados) son los más sospechosos aquí. Estos programas siempre parecen funcionar mejor donde es posible una gran cantidad de control sobre la vida del paciente. Pueden parecer bastante efectivos en instituciones para sujetos con retardo mental o enfermedad mental crónica, así como en ciertas aulas y arreglos de viviendas experimentales. En estos escenarios se dispone de personal capacitado para observar el comportamiento o entregar fichas, lo que facilita mantener las contingencias apropiadas entre el comportamiento y el reforzamiento. Sin embargo, cuando los individuos dejan estos ambientes protegidos, queda claro que aunque los procedimientos operantes sostienen ciertos comportamientos deseados, se aprendió poco que se generalizara a un escenario no controlado. Hay muchos problemas prácticos en el establecimiento de programas de modificación del comportamiento en escenarios naturales, ya no digamos para conseguir que sus efectos se generalicen fuera de la institución.

Otras técnicas, como las terapias aversivas, padecen problemas similares. Por ejemplo, uno de los autores conoció en una ocasión a un alcohólico que fue capaz de vencer su problema con la bebida con la ayuda de Antabuse y un ambiente de hospital muy controlado. Este paciente sabía muy bien que con el medicamento en su sistema se pondría muy mal si bebía. Sin embargo, después de ser dado de alta del hospital, pronto se encontró con varias situaciones estresantes. Había aprendido la conexión entre beber y ponerse enfermo, pero por desgracia también había aprendido que si dejaba de tomar el Antabuse y esperaba un tiempo podría beber con impunidad, lo cual hizo.

La clase de experiencias como las anteriores ha llevado a muchos a caracterizar las técnicas de tratamiento conductual como métodos superficiales, simplistas o de apoyo que producen poco de valor duradero. Tales críticas afirman que los beneficios de estas técnicas se confinan en gran medida a escenarios institucionales en que es importante el manejo conductual y no se generalizan a situaciones sin supervisión, donde el autocontrol y la independencia son muy solicitados. En efecto, algunos han llegado al grado de afirmar que el uso de incentivos externos para mantener ciertos comportamientos deseados sólo sirve para socavar el interés "real" de la persona en la actividad en cuestión (Condry, 1977); es decir, en sus esfuerzos por inducir a las personas a realizar ciertos comportamientos, los terapeutas destruyen cualquier motivación intrínseca que pudieran haber desarrollado para la actividad. Esto, a su vez, asegura que el comportamiento disminuya una vez que se hayan retirado los motivadores extrínsecos. Los terapeutas del comportamiento rigurosos no son insensibles a este problema. A menudo "desvanecen" o reducen en forma gradual la frecuencia de ciertos reforzadores, mientras preparan al cliente para escenarios en que no es posible el reforzamiento inmediato (o cualquier reforzamiento en absoluto).

Caos teórico. Un problema final con la terapia del comportamiento puede ser su potencial para el caos teórico. En el presente, es una amalgama de técnicas, algunas de la tradición operante, otras con una base en el condicionamiento clásico y otras más de naturaleza muy cognoscitiva. Sin un marco teórico integrador, los clínicos pueden encontrarse en un embrollo de técnicas competidoras, cada una afirmando ser una forma de terapia del comportamiento. Lo que se necesita es una posición teórica sistemática que incorpore las técnicas, las clasifique y ayude al especialista a decidir cuándo y en qué condiciones utilizar una en lugar de otra. Dicho marco teórico sería infinitamente más eficiente que una infinidad de reglas empíricas.

El futuro

En fechas recientes, Wilson (1997) reflexionó sobre el pasado de la terapia del comportamiento y resaltó algunos de los desafíos para el futuro. Señaló la necesidad de una diseminación y adopción más amplias de esta terapia; dado su fuerte sustento empírico, es algo sorprendente que estas técnicas no se utilicen en forma extensa. Resulta interesante que dicha terapia tenga mucho menos influencia fuera de la psicología clínica (por ejemplo, en los campos de la psiquiatría y el trabajo social). Tal vez lo que se necesita son mejores métodos para capacitar a los profesionales de la salud mental (dentro y fuera de la psicología clínica) en las técnicas de la terapia del comportamiento, al igual que en tratamientos más efectivos para una gama más amplia de problemas clínicos. Por último, Wilson (1997) está interesado en que la terapia del comportamiento permanezca bien vinculada con los avances en la ciencia psicológica:

> Para cumplir su promesa original de relacionar la práctica clínica con los avances en la investigación científica, la terapia del comportamiento debe ser sensible a los progresos en la psicología experimental y en la biología. Los impresionantes avances en la genética y la neurociencia ya han revolucionado a las ciencias biológicas, y es probable que el progreso continúe revelando los secretos del cerebro. Podría decirse que una mejor comprensión de la función de los mecanismos cerebrales en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos clínicos —y en la modificación de estos trastornos por medio de métodos farmacológicos y conductuales— mejorará nuestras teorías del cambio del comportamiento. (p. 454)

Resumen del capítulo

La terapia del comportamiento se basa en la suposición de que los problemas clínicos deben abordarse utilizando técnicas de evaluación y tratamiento que tienen apoyo empírico y que se sustentan en principios establecidos de la psicología experimental. Aunque los procedimientos derivados del condicionamiento clásico y operante dominaron al principio este enfoque, dicha metodología se ha ampliado para incluir procedimientos extraídos de las teorías del aprendizaje basadas en el aprendizaje por observación y los procesos cognoscitivos.

Los tratamientos conductuales tradicionales incluyen desensibilización sistemática, terapia de exposición, ensayo conductual, manejo de contingencias y terapia aversiva. Estos tratamientos tienen una eficacia documentada y varios son los tratamientos de elección para ciertos problemas clínicos (por ejemplo, la desensibilización sistemática para las fobias, exposición más prevención de respuesta para el trastorno obsesivo-compulsivo). Los tratamientos cognoscitivos conductuales subrayan las funciones del pensamiento, las expectativas y las creencias en la etiología y mantenimiento de los problemas clínicos. Los ejemplos de técnicas cognoscitivas conductuales incluyen modelamiento, reestructuración racional, entrenamiento para la inoculación contra el estrés y terapia cognoscitiva. Las técnicas cognoscitivas conductuales y conductuales tradicionales dominan la lista más reciente de ejemplos de tratamiento con sustento empírico.

La terapia del comportamiento ha tenido un impacto positivo en la disciplina, debido a su amplia gama de tratamientos efectivos y eficientes. Ha sido el líder en la manualización de los tratamientos, en la facilitación de la investigación, en la capacitación y en la práctica. En muchas formas, es la orientación terapeutica ideal de eleccion para los profesionistas científicos y los científicos clínicos.

Sin embargo, existen varias limitaciones y desafíos en su futuro. A veces, el vínculo entre las técnicas de la terapia del comportamiento y la evidencia experimental científica no ha sido tan fuerte como se ha afirmado. Además, muchos mitos plagan todavía a la disciplina, incluyendo que es deshumanizante y controladora en exceso. Para el futuro, es necesaria una diseminación más amplia de las técnicas de la terapia del comportamiento, una mejor capacitación tanto dentro como fuera de la psicología clínica y más atención a la incorporación de los avances en la ciencia psicológica.

Términos clave

aproximaciones sucesivas Otro término para el moldeamiento.

capacitación para la inoculación contra el estrés Técnica desarrollada por Meichenbaum que intenta prevenir problemas "inoculando" a los pacientes contra factores productores de estrés en curso y futuros. La CIE es educar a los pacientes respecto de la forma en que ciertos patrones de valoración conducen al estrés, enseñándoles a identificar y afrontar posibles factores productores de tensión, ensayando estas habilidades de afrontamiento en el escenario de la terapia y consolidando estas habilidades al aplicarlas en diversas situaciones estresantes de la vida real.

claves interoceptivas Estímulos fisiológicos internos (como vértigo o náusea).

contracondicionamiento Principio de sustituir una respuesta de ansiedad por relajación.

contrato de contingencias Una técnica de manejo de contingencias en que terapeuta y paciente suscriben un contrato que especifica los comportamientos que son deseables e indeseables, así como las consecuencias de realizar estos comportamientos o no.

costo de respuesta Forma de terapia aversiva en que se eliminan los reforzadores positivos después de un comportamiento indeseable.

desensibilización sistemática Técnica conductual para reducir la ansiedad en que los pacientes practican la relajación mientras visualizan situaciones provocadoras de ansiedad de intensidad creciente. De esta forma, el paciente se "desensibiliza" al estímulo temido.

economía de fichas Sistema en que los comportamientos deseables se promueven por medio del control estricto de los reforzamientos. Establecer un sistema así requiere especificar los reforzadores inmediatos para cada comportamiento, así como los reforzadores de respaldo por los que los pacientes pueden intercambiar sus reforzadores inmediatos.

ensayo conductual Técnica general para expandir el repertorio de comportamientos de afrontamiento del paciente. El ensayo conductual exitoso comprende explicar al paciente la necesidad de adquirir los nuevos comportamientos, seleccionar las situaciones meta, realizar el ensayo, proporcionar retroalimentación y hacer que el paciente aplique las habilidades recién adquiridas en situaciones de la vida real.

entrenamiento en asertividad Utilización del ensayo conductual y otras técnicas para entrenar a las personas a fin de que expresen sus necesidades con eficacia sin infringir los derechos de los demás.

exposición más prevención de respuesta Técnica conductual utilizada a menudo en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. En ella, el paciente es expuesto a la situación que acelera su obsesión (por ejemplo, tocar la perilla de una puerta) y se previene que realice el comportamiento compulsivo que alivia la obsesión (como lavarse las manos en repetidas ocasiones). Por último, el paciente se habituará a su obsesión y su comportamiento compulsivo se extinguirá.

extinción Eliminación de una respuesta indeseable (por ejemplo, conductual, emocional).

habituación Eliminación de una respuesta que ocurre por la presentación repetida y/o prolongada del estímulo provocador.

jerarquía de ansiedad En la desensibilización sistemática, una lista de situaciones que precipitan reacciones de ansiedad, ordenadas de menor a mayor intensidad. A menudo los elementos pueden organizarse de acuerdo con su distancia espacial o temporal del estímulo temido.

manejo de contingencias Cualquiera de una variedad de técnicas de condicionamiento operante que intenta controlar un comportamiento manipulando sus consecuencias.

moldeamiento Técnica de manejo de contingencias en que se desarrolla un comportamiento recompensando primero cualquier comportamiento que se le aproxime y luego reforzando de manera selectiva comportamientos que se parezcan cada vez más al comportamiento meta.

modelamiento También conocido como aprendizaje por observación, el modelamiento se refiere al aprendizaje de una habilidad o conjunto de comportamientos nuevos observando a otra persona mientras realiza estas habilidades o comportamientos.

principio de Premack También conocido como "regla de la abuela", este concepto se refiere a la técnica de manejo de contingencias en que se refuerza un comportamiento permitiendo al individuo realizar una actividad más atractiva una vez que completa el comportamiento meta.

relajación Estado de ansiedad, estrés y excitación fisiológica disminuidos. La relajación se puede inducir al tensar y luego relajar varios grupos musculares, o por medio de ejercicios de respiración, ejercicios de imaginación o hipnosis.

reestructuración racional Conjunto ecléctico de técnicas que enseña a los individuos a examinar sus suposiciones acerca de situaciones o del mundo en general, y a alterar sus ideas para que sean más realistas o racionales.

sensibilización cubierta Forma de terapia aversiva en que se dirige a los pacientes a imaginarse realizando un comportamiento indeseable, y luego se les indica que imaginen hechos en extremo aversivos que ocurren una vez que tienen el comportamiento indeseable con claridad en la mente.

sobrecorrección Forma de terapia aversiva en que se hace que el cliente "sobrecorrija" las consecuencias de su comportamiento indeseable.

sustitución de síntomas Noción de que si se elimina un síntoma sin atender la patología subyacente de una enfermedad, surgirá otro síntoma para tomar su lugar.

terapia aversiva Un tipo controvertido de tratamiento en que un comportamiento indeseable es seguido en forma consistente por una consecuencia desagradable, lo cual disminuye la intensidad del comportamiento con el tiempo.

terapia cognoscitiva Modo de terapia iniciado por Beck que se centra en la conexión entre patrones de pensamiento, emociones y comportamientos, y utiliza técnicas cognoscitivas y conductuales para modificar los patrones de pensamiento disfuncionales que caracterizan a un trastorno. La terapia cognoscitiva es activa, estructurada y limitada en tiempo, y ha sido adaptada para el tratamiento de diversos trastornos.

terapia cognoscitiva conductual Estructura de terapia que recalca la función del pensamiento en la etiología y conservación de los problemas. Las técnicas cognoscitivas conductuales intentan modificar los patrones de pensamiento que se cree contribuyen a los problemas de un paciente; también pueden emplear los principios del condicionamiento y el aprendizaje para modificar comportamientos problemáticos.

terapia del comportamiento Estructura para tratar trastornos que se basa en los principios del condicionamiento o del aprendizaje. El enfoque conductual es de naturaleza científica y resta importancia a la función de las variables inferidas (es decir, inobservables) en el comportamiento.

terapia de exposición Técnica conductual para reducir la ansiedad en que los pacientes se exponen (en la vida real o en fantasía) a estímulos o situaciones que temen o evitan. Para que sea efectiva, la exposición debe provocar ansiedad, tener una duración suficiente y repetirse hasta que se elimine toda la ansiedad.

terapia racional emotiva (TRE) Terapia iniciada por Ellis en que se obliga a los pacientes a enfrentar y corregir su pensamiento ilógico. En el esquema de Ellis, las creencias de una persona acerca de los acontecimientos, no los acontecimientos en sí, determinan las consecuencias emocionales o conductuales problemáticas.

tiempo fuera Técnica de manejo de contingencias en que se saca al sujeto por un tiempo de la situación que está reforzando al comportamiento indeseable.

Sitios web de interés

14-1 Vínculos a una variedad de documentos concernientes a tratamientos con apoyo empírico

www.sscp.psych.ndsu.nodak.edu/est_docs/tf_docs.htm

14-2 Asociación para el Avance de la Terapia del Comportamiento (Association for Advancement of Behavior Therapy; AABT)

www.aabt.org

14-3 Instituto Beck para la Terapia e Investigación Cognitiva (The Beck Institute for Cognitive Therapy and Research)

www.beckinstitute.org

14-4 Asociación Internacional para la Psicoterapia Cognitiva (International Association for Cognitive Psychotherapy)

http://iacp.asu.edu

14-5 Instituto Albert Ellis (Albert Ellis Institute). Este sitio web incluye un vínculo por medio del cual puede enviar una pregunta al doctor Ellis y ver preguntas y respuestas previas.

www.rebt.org/index.html



Terapia de grupo, terapia familiar y terapia de pareja

PREGUNTAS PRINCIPALES

1. **¿Cuáles son las suposiciones, arreglos o características y factores curativos que se supone que caracterizan a la psicoterapia de grupo?**
2. **Compare y contraste las terapias de grupo de tiempo limitado con otras formas de terapia de grupo.**
3. **¿Cuáles son las principales metas y características de la terapia familiar?**
4. **¿Cuáles son las principales características de la terapia matrimonial?**
5. **En general, ¿cuán efectivas son las terapias familiar y de pareja?**

RESEÑA DEL CAPÍTULO

Podría sostenerse que la mayor parte de los problemas que traen los pacientes a la terapia se adquieren y se mantienen en un contexto social. Es muy probable que los problemas emocionales y conductuales actuales hayan sido influidos, en cierto grado, por una disfunción interpersonal pasada. Un conflicto matrimonial, por definición, involucra a dos personas. Un vendedor tímido manifiesta su problema en las interacciones con los clientes. Por consiguiente, en vista de que los hilos del sufrimiento humano están tejidos muy apretados en la tela de las relaciones sociales, ¿no deberíamos considerar formas de terapia que tengan lugar en un escenario de grupo o diádico?

Además, sus defensores sostienen que las terapias de grupo y familiares son más económicas. Ver a los pacientes en forma individual en la terapia, sostienen, simplemente no es una respuesta racional a las necesidades de salud mental de la sociedad. La rentabilidad de la atención de la salud ha llevado a muchos aseguradores a demandar modalidades más eficientes y menos costosas de tratamiento para la salud mental. Cualquiera que sea la razón, una variedad de métodos para tratar a una diversidad de pacientes al mismo tiempo, incluyendo terapia de grupo, terapia familiar y terapia de pareja, han llegado a ser cada vez más populares. En este capítulo expondremos la terapias de grupo, familiar y de parejas con cierto detalle.

Terapia de grupo

Perspectiva histórica

Por muchos años, la terapia de grupo se practicó como un método de elección sólo por un puñado de dedicados terapeutas. Otros la utilizaban sobre todo debido a que su carga de casos era tan pesada que era el único medio con que podían tratar la sobrecarga. Otros terapeutas la usaron como una técnica complementaria. Durante la terapia individual, por ejemplo, un terapeuta podía trabajar para conseguir que un paciente lograra una perspicacia respecto de su necesidad patológica de menospreciar a las mujeres; luego, durante una sesión de grupo, otros miembros del grupo podían reforzar la interpretación del terapeuta por medio de sus reacciones al paciente. En lugar de verse como una segunda opción o forma complementaria de tratamiento, los métodos de grupo han logrado ahora considerablemente más visibilidad y respetabilidad.

Uno de los primeros usos formales de los métodos de grupo fue el trabajo de Joseph H. Pratt con pacientes tuberculosos en 1905. Fue un enfoque inspirador que utilizó lecturas y discusión de grupo para ayudar a levantar el ánimo de pacientes deprimidos y promover su cooperación con el régimen médico. Una figura principal en el movimiento de grupo fue J. L. Moreno, quien empezó a desarrollar algunos métodos de grupo en Viena a principios del siglo XX y, en 1925, introdujo su psicodrama a Estados Unidos. Moreno también utilizó el término *terapia de grupo*. Trigant Burrow fue un psicoanalista que usó el término relacionado *análisis de grupo* para describir sus procedimientos (Rosenbaum, 1965). En la década de los treinta, Slavson animó a pacientes adolescentes a abrirse paso por sus problemas con juego controlado. Sus procedimientos se basaban en conceptos psicoanalíticos. Éstas y otras figuras se han identificado como pioneros del movimiento de grupo (American Group Psychotherapy Association, 1971; Lubin, 1976).

Como sucedió para la psicología clínica en general, las secuelas de la Segunda Guerra Mundial llevaron los métodos de grupo a un escenario central. Como hemos observado, la gran cantidad de veteranos de guerra incrementó en forma abrupta la demanda de consejo y terapia. Las limitaciones de la dependencia existente y de las instalaciones hospitalarias hicieron necesario utilizar métodos de grupo para cubrir la demanda inmediata. Una vez que estos métodos ganaron posición en el terreno del pragmatismo, la respetabilidad estaba cerca. Como resultado, casi cada escuela o enfoque de psicoterapia individual ahora tiene su contraparte de grupo. Hay terapias de grupo basadas en principios psicoanalíticos, de la terapia gestalt, de la terapia del comportamiento y muchos otros tipos.

Enfoques para la terapia de grupo

Diferentes enfoques para la terapia de grupo han emanado de diferentes orígenes teóricos, y las descripciones de la terapia de grupo se han expresado en una variedad de lenguajes teóricos.

Sin embargo, como observamos con la psicoterapia individual, terapeutas de grupo experimentados con la misma postura teórica con frecuencia utilizan métodos bastante diferentes. Debido a esta escasa correspondencia entre lo que hacen los terapeutas y de dónde provienen desde el punto de vista teórico, es difícil evaluar las semejanzas y diferencias entre los enfoques y, de hecho, describir en cualquier forma coherente los métodos usados en un enfoque particular. No obstante, los siguientes enfoques parecen bastante típicos del movimiento general de la terapia de grupo.

Terapia de grupo psicoanalítica. La mayor parte de las formas de terapia de grupo psicoanalítica básicamente es una terapia psicoanalítica llevada a cabo en un escenario grupal. Aunque hay diferencias obvias con la psicoterapia individual (por ejemplo, los efectos de transferencia múltiple, transferencia terapeuta-paciente modificada e influencias de un miembro a otro), el enfoque aún está en fenómenos como asociación libre, transferencia, interpretación de la resistencia y el proceso de exploración. Aunque uno puede sostener apenas que no existen los procesos de grupo, su papel se ve como algo secundario al de los procesos individuales. El grupo se vuelve un vehículo a través del cual el individuo puede expresar —y con el tiempo entender— la operación de las fuerzas y defensas inconscientes y por tanto alcanzar un nivel superior de adaptación.

Wolf (1975) ha enfatizado que el psicoanálisis puede ocurrir en grupos al igual que en el sofá individual. Wolf cree que la dinámica del grupo es secundaria al análisis individual y que la función del terapeuta es clave. En contraste con la psicoterapia individual, la terapia de grupo puede permitir una experiencia analítica más profunda debido a que los individuos pueden "apoyarse" en el grupo y así incrementar su tolerancia a la ansiedad. Además, los participantes reaccionan entre ellos, ante el terapeuta y ante las relaciones de autoridad e intimidad. Al observar cómo se comunican entre sí otros en el grupo, al participar en una situación en que el individuo no es el único objeto de la atención del terapeuta y al recibir ayuda de otros y darles ayuda, el sujeto puede lograr un análisis más efectivo de lo que podría ser en el ambiente de la terapia individual.

Los grupos de Wolf consisten en ocho a diez miembros (igual número de hombres y mujeres), que se reúnen durante 90 minutos tres veces a la semana. A veces el grupo se reúne una vez o dos a la semana sin el terapeuta para facilitar la exploración de las relaciones de transferencia. Los pacientes a menudo realizan asociaciones libres sobre sus sentimientos acerca de otros miembros, reportan sueños y analizan la resistencia y los sentimientos de transferencia hacia el terapeuta y otros integrantes. Los siguientes fragmentos ilustran la *psicoterapia de grupo psicoanalítica.*

Un caso ilustrativo de terapia de grupo psicoanalítica

Este grupo particular consta de tres hombres (A, B, C), tres mujeres (X, Y, Z) y el terapeuta, que es un psiquiatra con orientación psicoanalítica. El lugar de reunión es el consultorio del terapeuta. Ordena las sillas en círculo y él se sienta detrás de su escritorio. Conoce a todos los miembros, los ha tenido en tratamiento individual de unas cuantas a varios cientos de sesiones. El grupo se reúne dos veces por semana, durante una hora cada vez, y es "cerrado"; es decir, no se permitirán nuevos miembros durante la vida del grupo. A continuación presentamos fragmentos de la primera y la décima sesiones de grupo. Los miembros no se conocían cuando comenzó la primera sesión.

Sesión 1

Terapeuta: Ésta es nuestra primera sesión en una experiencia que espero sea útil para cada uno de ustedes. Ninguno conoce a los demás y me gustaría presentarlos. A mi derecha está el señor A...

Ahora que acabamos con las presentaciones, quiero explicarles cómo creo que deberíamos funcionar y hacer algunos comentarios que espero que nos ayuden a obtener el mayor valor de la psicoterapia de grupo.

Cada uno ha estado en terapia individual conmigo. Pero estamos empezando aquí de nuevo. No revelaré en el grupo cualquier información que pueda tener acerca de ustedes que haya obtenido antes de hoy. En general, se mantendrán las mismas reglas que en la terapia individual; es decir, hablarán de cuanto pueda venirles a la mente e intentaré decirles cualquier cosa que vea en sus declaraciones. Si lo desean, pueden intentar analizarse entre ustedes. Espero que cada uno respete las confidencias de los otros. Aunque no puedo darles ninguna garantía respecto de los otros miembros, conozco a cada uno bastante bien y confío en la integridad de todos. Pero al mismo tiempo harán bien en usar su buen juicio sobre lo que hablan.

No espero hablar en el futuro tanto como hoy en la primera sesión, pero déjenme añadir alguna información adicional. Primero, la psicoterapia es psicoterapia, sin importar en cuál modalidad se encuentre. En esencia, es un problema de entendimiento de uno mismo, de aprender cuáles motivos inconscientes animan nuestro comportamiento. Deseamos lograr la perspicacia, a fin de entender lo que hay detrás de nuestro comportamiento y nuestras reacciones. La meta de la psicoterapia es incrementar la satisfacción con nosotros mismos y mayor progreso en el comportamiento social. Segundo, pueden estar algo suspicaces acerca de este método, y pensar, como lo sé por pláticas que tuve con cada uno, que puede ser difícil revelarse ante los demás. Pienso que todos comparten este sentimiento. Sin embargo, si son capaces de diferir los juicios y compartir las discusiones, pueden encontrar que el método de grupo será valioso y más útil de lo que creen ahora. Tercero, la experiencia de estar en el grupo *per se* puede no ser de valor, a menos que participen. Por muy trivial que pueda parecerles, es probable que no saquen más de la situación de lo que aportan. Por último, pueden experimentar toda clase de actitudes positivas y negativas respecto de los demás. Estas transferencias son parte esencial de la psicoterapia y no deben disgustarse si pasan por estas experiencias.

Pienso que he dicho bastante, pero permítanme concluir diciendo que estoy muy optimista acerca de la potencialidad de lo que estamos haciendo, y que tengo grandes esperanzas de que compartiremos todos los beneficios. Ahora, vamos a empezar.

Sesión 10

Terapeuta: Bueno, creo que ya estamos todos y debemos empezar. Me pregunto cómo van las cosas con la señorita Z. Parecía estar justo en medio de un problema cuando suspendimos la última sesión.

A: Me preguntaba eso también. Espero que haya podido resolverlo.

Z: Bueno, reflexioné mucho en lo que discutimos y me alegra decir que pienso que he progresado. Comprendí que estaba peleando con mi madre debido al resentimiento que le tenía, y que en realidad no la amaba tanto como pensaba. Entonces, se me ocurrió que en realidad era muy dependiente de ella y sería mucho más saludable si fuera capaz de tratarla en forma más realista. Después de todo, tampoco era bueno para ella.

Y: ¿Entonces piensas que en realidad no amas a tu madre?

Z: Yo no diría eso. Pienso que sí soy demasiado dependiente de ella y que mi resentimiento hacia ella fue en realidad un resentimiento hacia mí misma debido a que, debido a que... nadie me ama en verdad. [Empieza a llorar]

X: Siento que Z está equivocada. La gente puede amarla, cualquiera puede ser amado, pero para ser amado, tienes que amar a otros.

A: Incluso en este grupo, Z parece mantenerse distante y no le permite a otros que se le acerquen.

Z: Es como si mi madre y yo formáramos una combinación contra el mundo entero. Mi padre la dejó, de modo que dependía de mí, y por ella me atemoricé del mundo, y así las dos estábamos solas juntas, y teníamos poco que ver con nadie más. Es una situación bastante mala.

Terapeuta: Vamos a intentar entender esto. Pienso que están tocando algo de gran valor. Tú y tu

madre formaron una camarilla en contra del mundo. Pienso que resentiste su posesión completa de ti. Pero ahora estás consciente de que no es sólo amor lo que tienes por tu madre, sino también odio. Sin embargo, empiezas a entender cómo llegaste a depender de tu madre y también cómo ella llegó a depender de ti. Al fin eres capaz de ver cómo habías sido esclavizada emocionalmente por ella. Pero debe ser difícil experimentar estas emociones y debes sentirte sola.[1]

Psicodrama. Es una forma de representación de papeles desarrollada por Moreno (1946, 1959). Los pacientes representan papeles como si estuvieran en una obra de teatro. Se dice que esta actuación produce cierto grado de alivio emocional (catarsis) y espontaneidad que eleva la perspicacia y el entendimiento de uno mismo. Puede pedirse a los pacientes que se representen o hagan otro papel. A veces, puede solicitárseles que cambien de papeles en medio de una dramatización. El drama puede referirse a un suceso del pasado del paciente o a un hecho próximo que le causa inquietud.

En general, el *psicodrama* involucra a un paciente, un escenario en el cual se representa el drama, un director o terapeuta, "yos auxiliares" (otros pacientes, auxiliares terapéuticos y otros) y un público. El director asigna al paciente un papel y el reparto de soporte se hace con los yos auxiliares. El público puede proporcionar aceptación, entendimiento e incluso participar.

Moreno sostenía que representar una situación, escuchar las respuestas de los yos auxiliares y darse cuenta de las reacciones del público conduce a una clase más profunda de catarsis y entendimiento de uno mismo. Creía que esto era mucho más efectivo que tan sólo "hablar" con un terapeuta. En particular para pacientes inhibidos o que carecen de habilidades sociales, el psicodrama puede conducir a niveles mejorados de autoexpresión y al desarrollo de habilidades sociales elevadas.

Análisis transaccional. Eric Berne (1961) fue el perfeccionador y la fuerza dinámica detrás del *análisis transaccional (AT)*. El AT es en esencia un proceso en que se analizan las interacciones entre los diversos aspectos de la gente en el grupo. Los análisis con frecuencia se enfocan en tres "estados del yo" principales dentro de cada persona: el estado del yo niño, el estado del yo padre y el estado del yo adulto. Cada estado está compuesto por características positivas y negativas. El niño positivo es espontáneo, desinhibido y creativo. El niño negativo es temeroso, demasiado emocional o lleno de culpa. En el lado positivo, el estado padre puede caracterizarse como sustentador, amoroso o comprensivo. El padre negativo es castigador y rápido para condenar. El estado del yo adulto está menos orientado hacia sentimientos y emociones y más interesado en la lógica, la planeación o la recopilación de información. Pero el adulto puede ser razonable (positivo) o no espontáneo (negativo).

Según la forma en que fue criada, la persona manifestará varios aspectos de estas características positivas y negativas. Un niño demasiado supervisado o regulado por los padres podría desarrollar un estado del yo inhibido o agobiado por la culpa. Como resultado, si una persona en el ámbito del AT de grupo discute el sexo en una forma autoritaria ostentosa y se le pide a la persona inhibida que responda, puede ser incapaz de hacerlo o responder bajo una gran tensión. El terapeuta podría señalar entonces cómo cada persona está representando papeles negativos (ya sea de niño, adulto o padre). Una persona representa el papel de padre negativo al ser ostentosa y autoritaria. La otra persona está respondiendo en una forma de niño negativo al ser inhibida y tensa. Análisis repetidos de las interacciones entre miembros del grupo revelan los estados del yo que emplean de manera típica. Estos análisis conducen a los pacientes a formas más racionales y apropiadas de pensar que están más cerca del estado del yo adulto (positivo).

Las unidades que se analizan son *transacciones*: los estímulos y respuestas que están activas entre los estados del yo en dos o más personas en

[1]Tomado de *Methods of Group Psychotherapy*, de R. J. Corsini, pp. 160-161, 163-164. Derechos reservados © 1957 por McGraw-Hill, Inc. Reimpreso con autorización del autor.

cualquier momento dado. Un análisis transaccional es determinar cuáles estados del yo están en operación en una transacción dada entre personas.

Otro aspecto del AT es el énfasis en los *juegos* (Berne, 1964). Los juegos son comportamientos que la gente usa con frecuencia para evitar acercarse demasiado a otros. Tales juegos son transacciones metódicas que contienen motivos ulteriores. En un grupo de terapia de AT se dedica mucho esfuerzo a descubrir y analizar cómo juegan los miembros entre ellos. Berne tiende a creer que la seudointimidad en lugar de la intimidad auténtica caracteriza a los grupos de AT. Los juegos que practican los miembros tienden a cubrir sus sentimientos y creencias reales. Considera que una función del terapeuta es la de un profesor que, por medio de preguntas, interpretación y aun confrontación, intenta llevar a los pacientes hasta el punto en que puedan elegir entre los juegos y un comportamiento más satisfactorio. En unos pocos casos, los principios del AT se han utilizado también en un nivel institucional. Por ejemplo, Jesness (1975) describió un programa de AT para rehabilitar delincuentes juveniles institucionalizados.

El AT tiende a ser un enfoque orientado a la acción de movimiento rápido. Se destaca el presente; una sensación de intentar resolver los problemas inmediatos lo hace atractivo para muchos pacientes y terapeutas. El AT tiene un aura de responsabilidad, de aprender cómo elegir entre opciones, y esto puede ser una alternativa deseable para las formas más tradicionales de terapia de grupo que a menudo parecen marchar en una forma agónicamente lenta. También hay una simplicidad conceptual en el esquema completo que parece hacerlo comprensible y quizá más aceptable para pacientes y profesionales por igual.

Pero esta misma simplicidad, aunada con el celo y el carácter emprendedor de algunos practicantes del AT, ha conducido a una popularización que puede ser peligrosa. Los críticos afirman que los problemas humanos son hechos complejos que no pueden traducirse con facilidad en juegos y que es probable, por consiguiente, que cualquier beneficio obtenido por tales procedimientos sea de corta duración. Por supuesto que hay poco en la literatura de investigación que calme tales temores, ya que los terapeutas de AT rara vez producen investigaciones.

Grupos gestalt. La *terapia de grupo gestalt* es difícil de clasificar. Como la terapia de grupo psicoanalítica, se orienta hacia la experiencia del paciente individual. Al mismo tiempo, su interés en seminarios permanentes, retiros de fin de semana, talleres breves y la popularización general le dan un sabor distinto del movimiento de encuentro (por ejemplo, Rogers, 1970). Estas características pueden haber surgido en parte de la naturaleza fuerte y a veces extravagante de Fritz Perls (el líder del movimiento gestalt), aunada a la publicidad considerable que se le dio al Instituto Esalen en Big Sur, California.

Como vimos en el capítulo 13, la terapia gestalt se enfoca en conducir al paciente a una conciencia del "ahora" y a una apreciación del ser de uno en el mundo. En la terapia de grupo, esto se logra al concentrarse en un miembro a la vez. El terapeuta se centra en el paciente, mientras los otros integrantes del grupo sirven como observadores. Esto se ha apodado enfoque del "asiento caliente". Se pide a los pacientes que experimenten sus sentimientos y comportamiento, que se enfoquen más en sus sentidos y no en sus razonamientos. Otros miembros del grupo no son sólo observadores pasivos; se les puede pedir que digan cómo consideran a la persona en el asiento caliente. A veces hay fragmentos de representación de papeles, reportes de sueños y diálogos entre pacientes (Perls, 1973). Pero sin importar si un miembro es un observador o está en el asiento caliente, tiende a haber una participación intensa en las reuniones. Como en el caso de los métodos de AT, la popularización de los procedimientos, la falta de investigación sobre los resultados y la emotividad que entraña, dificultan la evaluación de la efectividad de la terapia de grupo gestalt y la determinación de si sus efectos se generalizan más allá de la situación o fin de semana específicos.

Grupos de terapia del comportamiento. Los *grupos de terapia del comportamiento* parecen haberse derivado de consideraciones de eficiencia en lugar de surgir de algún sentimiento de que la dinámica de la interacción del grupo sería especialmente valiosa (Lazarus, 1975; Rose, 1991). Es factible llevar a cabo sesiones de desensibilización, modelar habilidades interpersonales o utilizar intervenciones de reestructura-

ción cognoscitiva en un escenario de grupo (Rose, 1991). Por ejemplo, es posible enseñar a los pacientes en un escenario de grupo cómo relajarse, al igual que establecer jerarquías de ansiedad comunes con varios pacientes al mismo tiempo. Cuando son factibles tales procedimientos, de seguro es eficiente usarlos.

Los grupos conductuales y cognitivos conductuales por lo general son de tiempo limitado (por ejemplo, 12 sesiones) y están formados por sujetos con problemas similares. Como en la mayor parte de los tratamientos de terapia del comportamiento, completan diversos instrumentos de evaluación antes, durante y después del tratamiento a fin de supervisar el progreso. Rose (1991) proporciona varios ejemplos de la forma en que se ponen en práctica el reforzamiento, el modelamiento, la solución de problemas y las intervenciones cognitivas en los grupos de terapia del comportamiento. La investigación ha apoyado la eficacia de las intervenciones de grupo conductuales y cognitivas conductuales para el tratamiento de depresión, deficiencias de habilidades sociales, dolor, agorafobia y otras condiciones (Rose, 1991).

Una clase de terapia del comportamiento de grupo que no fue establecida principalmente por eficiencia es el entrenamiento en asertividad. Aquí, un enfoque de grupo por lo general es el tratamiento de elección. Los grupos proporcionan a los individuos no asertivos un medio ambiente excelente en el cual enfrentar sus problemas, reducir su miedo de ser asertivos y aprender métodos aceptables de autoexpresión. Tales grupos representan enseñanza directa, el terapeuta describe las metas del grupo y los problemas que la falta de asertividad puede generar en la gente. Los grupos de entrenamiento en asertividad por lo general también se caracterizan por aspectos como colaboración en la solución de problemas, honestidad y aceptación entre miembros del grupo. Se da a los participantes oportunidades para comentar y criticar la manera en que se presentan a sí mismos. Se demuestran y practican las nuevas habilidades de asertividad y con frecuencia se asignan tareas para realizarlas en casa, seguidas por una discusión en grupo de su éxito.

Terapia de grupo de tiempo limitado. El ejemplo final de un enfoque de grupo que expondremos es la *terapia de grupo de tiempo limitado* (Budman y Gurman, 1988). Este modelo contemporáneo es atractivo debido a su eficiencia, y es probable que guíe las intervenciones de grupo en la era de la atención subsidiada. Estos grupos se reúnen en forma semanal durante un número predeterminado de sesiones (por ejemplo, ocho sesiones para un grupo consistente de miembros que están enfrentando una crisis de la vida). Según los describen Budman y Gurman (1988), los grupos de tiempo limitado se caracterizan por cuatro aspectos centrales:

1. *Preparación y selección previa del grupo.* Se utiliza un taller previo al grupo de una hora para evaluar y elegir a los posibles participantes. Esta selección hace más probable que, una vez que el grupo real comience, pueda "tener los pies en la tierra mientras corre" y que los integrantes tengan las habilidades requeridas para contribuir al grupo y de esta manera beneficiarse.
2. Establecer y mantener un *foco de trabajo* en el grupo. El foco de trabajo se define como una preocupación, problema o asunto particular que comparten los participantes (por ejemplo, problemas con la intimidad). El foco se introduce en la primera sesión del grupo. Por ejemplo:

   > Como mencioné a todos ustedes antes, este es un grupo de adultos jóvenes que tiene como tema central problemas de intimidad. Los participantes han estado luchando, en una forma u otra, con estos temas recientemente. La experiencia indica que un grupo a corto plazo como éste puede ser un vehículo muy útil para ayudar a la gente con tales dificultades. Es obvio que todos ustedes tienen otras preocupaciones aparte de las relacionadas con la intimidad. En la medida de lo posible, hablaremos también de algunas de éstas. Sin embargo, debido a que tenemos un tiempo limitado para trabajar juntos, necesitaremos concentrarnos en las preocupaciones sobre la intimidad. (Budman y Gurman, 1988, p. 269)

3. *Cohesión del grupo.* Los teóricos e investigadores están convencidos de que la cohesión del grupo (el grado en que los integrantes participan en el

proceso, confían uno en el otro, cooperan, se enfocan y expresan compasión) es un determinante importante de los resultados.

4. *Reacciones a los límites de tiempo.* Debido a que estos grupos son de tiempo limitado, los miembros pueden experimentar sentimientos relacionados a la fase de la vida, a pérdidas anteriores y a la frustración de que no se haya logrado más en el grupo.

Budman y Gurman (1988) también analizaron las diferentes etapas del grupo (inicio, desarrollo inicial, terminación, seguimiento), debido a que cada etapa presenta al terapeuta diferentes desafíos. Por ejemplo, la etapa de terminación se caracteriza con frecuencia por la expresión de tristeza, y algunos integrantes pueden presionar para que el terapeuta extienda el número de sesiones. En esta etapa, el trabajo del terapeuta es revisar los cambios positivos en el grupo y en cada individuo (en referencia al foco de trabajo) y hacer que los participantes expresen sus pensamientos y sentimientos acerca de cómo se sentirán sin el grupo. Budman y Gurman (1988) recomiendan una sesión de seguimiento (6 a 12 meses después de la terminación) para mantener los cambios positivos que tuvieron lugar y para demostrar los cambios que los miembros del grupo han realizado por su cuenta en el ínterin.

El recuadro 15-1 describe la aplicación de este enfoque a pacientes con trastornos de la personalidad.

Arreglos

Debido a la amplia variedad de enfoques de grupo usados por los clínicos, puede ser algo engañoso dar una descripción general de los arreglos para la terapia de grupo. Sin embargo, a pesar de la diversidad de técnicas hay algunas semejanzas generales. Por ejemplo, la mayor parte de los grupos consta de cinco a diez pacientes que se reúnen con el terapeuta al menos una vez a la semana en sesiones de 90 minutos a dos horas. Los participantes a menudo se sientan en círculo, de modo que puedan verse todos entre sí. Algunas veces se sientan alrededor de una mesa, otras no.

La composición del grupo puede variar, según las convicciones del terapeuta y las consideraciones prácticas. Algunos especialistas creen con firmeza que es mejor un grupo heterogéneo que incluya mujeres y hombres con una variedad de problemas, antecedentes y personalidades. Otros prefieren los grupos homogéneos; por ejemplo, grupos compuestos por alcohólicos o pacientes con fobias. Creen que la homogeneidad logra mayor eficiencia, un entendimiento más rápido y aceptación mutua (por ejemplo, Budman y Gurman, 1988). En escenarios institucionales con grandes cantidades de pacientes, es relativamente fácil establecer grupos homogéneos. En la práctica privada el terapeuta puede no tener otra alternativa que utilizar grupos heterogéneos. La mayoría de los terapeutas está de acuerdo en que deben excluirse por lo general ciertas clases de pacientes, incluyendo aquellos con limitaciones cognoscitivas graves, los psicóticos y las personas propensas a perturbar el proceso grupal (por ejemplo, los que monopolizan las discusiones de grupo o son antagónicos en extremo).

En algunos casos, el terapeuta trata a todos los miembros del grupo al mismo tiempo en forma individual. En otros, sólo ve a los pacientes en las reuniones de la terapia de grupo. A veces, a algunos terapeutas les gusta utilizar un terapeuta auxiliar (con frecuencia del sexo opuesto que agregaría otra dimensión a procesos como la transferencia). Algunos grupos se reúnen en forma ocasional sin un terapeuta. Cualquiera que sea el formato exacto, la función del líder del grupo es crítica. En algunos grupos, hay prohibiciones en contra de la fraternización extracurricular; otros terapeutas sienten que tales prohibiciones son poco realistas. Los grupos abiertos admiten a un nuevo miembro siempre que alguien deja el grupo; los grupos cerrados no admiten nuevos miembros una vez que han empezado a funcionar. Las cuestiones de confidencialidad en la terapia de grupo pueden ser importantes. Al explicar los arreglos y las "reglas" del grupo a sus integrantes, el terapeuta puede encontrar necesario manifestar que aunque se espera que todos los miembros mantendrán la confidencialidad de las sesiones, no pueden ofrecerse garantías finales (véase el caso ilustrativo anterior de este capítulo).

RECUADRO 15-1

Psicoterapia de grupo de tiempo efectivo para pacientes con trastornos de la personalidad

Budman y colaboradores (1996) expusieron la forma en que la psicoterapia de grupo puede ser efectiva y útil para un grupo de pacientes que a menudo se consideran entre los más difíciles de tratar: aquellos con trastornos de personalidad del Eje II. La terapia de grupo ofrece ventajas especiales con ellos:

- El comportamiento social e interpersonal de los pacientes puede observarse en forma directa (por ejemplo, ser hostil y crítico de los demás).
- Los miembros del grupo pueden proporcionar retroalimentación sobre la marcha respecto de los aspectos adaptativos y desadaptativos del comportamiento interpersonal de un sujeto (por ejemplo, "Cuando usted dijo que yo no sabía de lo que estaba hablando, me sentí herido y enojado con usted").
- Los pacientes tienen oportunidades de modificar su comportamiento interpersonal en un escenario de grupo.
- La presión de los semejantes puede animar al miembro del grupo a disminuir los comportamientos problemáticos (por ejemplo, fustigar en forma verbal a los demás) y a incrementar respuestas más adaptativas (por ejemplo, decir a otro miembro que se sintió herido por un comentario particular).
- El grupo sirve en esencia como "un microcosmos social del 'mundo real' " (Budman y cols., 1996, p. 331).

Otras características son notables. La psicoterapia de grupo de tiempo efectivo de Budman y colaboradores (1996) 1) tiene un foco interpersonal; 2) requiere que el terapeuta o líder facilite en forma activa el proceso de grupo (por ejemplo, "iniciarlo", establecer límites en las acciones que son destructivas para el grupo); 3) es de tiempo limitado a fin de fomentar el cambio; 4) alienta la responsabilidad del paciente, el establecimiento de metas y la supervisión del progreso hacia las metas; 5) utiliza tareas para la casa a fin de fomentar el cambio, y 6) usa resúmenes de sesión para enlazar el proceso de grupo, los temas recurrentes y el progreso individual.

Se evalúa la conveniencia de los participantes con base en una selección exhaustiva (por medio de una sesión individual con el líder del grupo) y un taller previo al establecimiento del grupo en que todos los miembros probables se reúnen para presentarse, completar tareas en grupos pequeños (por ejemplo, representación de papeles de comportamientos interpersonales problemáticos y luego comportamientos alternativos) y completar un ejercicio con todo el grupo (como planear una fiesta). De esta manera, el líder del grupo puede evaluar la conveniencia para el grupo de cada miembro probable: ¿responde bien al establecimiento de límites? ¿Usa la retroalimentación con propiedad? ¿Es capaz de involucrarse con otros miembros del grupo?

Budman y colaboradores (1996) reportan que es probable que este tratamiento conduzca a un mejor control afectivo, al desarrollo de mejores habilidades de afrontamiento y a un comportamiento interpersonal mejorado en pacientes con trastornos de personalidad.

Factores curativos

Es evidente la diversidad de enfoques de grupo. Pero detrás de todos hay hilos comunes que hablan de la utilidad de la terapia de grupo. Yalom (1975) ha especificado un conjunto de *factores curativos* que parecen definir la esencia de lo que ofrecen estos métodos de grupo:

1. *Impartir información.* Los participantes pueden recibir consejo y guía no sólo del terapeuta sino también de otros miembros del grupo.
2. *Infundir esperanza.* Observar a otros que han resuelto con éxito sus problemas ayuda a infundir esperanza, un ingrediente necesario para cualquier experiencia de terapia exitosa.
3. *Universalidad.* Al escuchar a otros, uno descubre que tiene los mismos problemas, miedos y preocupaciones. Saber que uno no está solo puede ser muy remunerador.
4. *Altruismo.* En el principio, un integrante a menudo se siente inútil y desmoralizado. Conforme se hace evidente que uno puede ayudar a otros en el grupo, surge un sentimiento de gran aprecio de uno mismo y competencia.
5. *Aprendizaje interpersonal.* Interactuar con otros en el grupo puede enseñar a uno acerca de las relaciones interpersonales, habilidades sociales, sensibilidad hacia los demás, resolución de conflictos, etcétera.
6. *Comportamiento imitativo.* Observar y escuchar a otros puede conducir al modelamiento de comportamientos más útiles. Los miembros del grupo aprenden unos de otros.
7. *Recapitulación correctiva de la familia primaria.* El contexto del grupo puede ayudar a los clientes a entender y resolver problemas relacionados con los miembros de la familia. Los efectos de las experiencias familiares pasadas pueden disolverse al aprender que los métodos de afrontamiento desadaptativos no funcionarán en la situación grupal presente.
8. *Catarsis.* Aprender a expresar sentimientos acerca de otros en el grupo en una forma honesta y abierta fomenta una capacidad de confianza y entendimiento mutuos.
9. *Cohesión del grupo.* Los integrantes llegan a ser un pequeño grupo muy unido que refuerza la autoestima por medio de la aceptación de grupo.

¿Funciona la terapia de grupo?

Las revisiones de la literatura de investigación que evalúan la efectividad de la psicoterapia de grupo concluyen en forma consistente que el tratamiento de grupo es más efectivo que la falta de tratamiento (por ejemplo, Bednar y Kaul, 1994). Sin embargo, los tratamientos de grupo no parecen ser mucho más efectivos que otras formas de psicoterapia. La mayor ventaja de la terapia de grupo es que es más eficiente y más económica, en especial los tratamientos de grupo de tiempo limitado.

Por desgracia, la investigación sobre terapia de grupo no ha avanzado mucho más allá de responder la pregunta general de la efectividad global (Bednar y Kaul, 1994; Riva y Smith, 1997). Aunque teóricos como Yalom han propuesto una variedad de "factores curativos" u otras variables que pueden influir en el resultado del tratamiento de grupo (por ejemplo, el estilo de liderazgo del grupo, la necesidad de entrenamiento previo a la constitución del grupo), se han realizado relativamente pocos estudios que examinen de manera crítica el efecto de estos factores. Los estudios que se han completado están plagados de diversos problemas conceptuales y metodológicos. Es evidente que se necesitan más estudios que investiguen el proceso de la psicoterapia de grupo y los factores curativos propuestos a fin de entender mejor por qué y cómo funcionan las terapias de grupo (Bednar y Kaul, 1994; Rose, 1991).

Futuro de la terapia de grupo

A pesar de la economía y la eficiencia de los tratamientos de grupo, parecen estar subutilizados. Una de las razones principales es que clientes y terapeutas tienden a verlos como una forma de tratamiento de segunda elección. Menos clientes son enviados a terapia de grupo en comparación con otras formas de tratamiento, y aun aquellos que son enviados a éstas pueden no seguir y unirse a un grupo.

Es probable que la atención médica subsidiada conductual haga de la terapia de grupo una opción más viable en el futuro (Steenbarger y Budman, 1996). La terapia de grupo es atractiva para los terapeutas y las organizaciones de atención médica subsidiada debido a que pueden ahorrar tiempo de personal (y a final de cuentas dinero) en la atención de pacientes con perturbaciones menos graves (MacKenzie, 1994), y en algunos casos ofrece una alternativa para el tratamiento de pacientes hospitalizados (Steenbarger y Budman, 1996). Sin embargo, para sacar ventaja de estas oportunidades, los terapeutas de grupo necesitan educar mejor al público y a los profesionales de la atención de la salud acerca

PERFIL 15-1

Simon H. Budman, Ph. D.



El doctor Simon H. Budman es el fundador y presidente de Sistemas de Capacitación Innovadores (Innovative Training Systems), una compañía privada que proporciona consultas, capacitación y productos para proveedores e instituciones de atención de la salud. También ha ocupado diversos puestos académicos en hospitales y ha participado de cerca en la puesta en práctica de la atención médica subsidiada en varias instituciones. El doctor Budman es bien conocido por su trabajo en las áreas de tratamiento de tiempo efectivo (tiempo limitado), psicoterapia de grupo e investigación de la psicoterapia. Es autor de más de 100 libros, capítulos y artículos, así como de varias videograbaciones utilizadas en la capacitación de profesionales de atención de la salud. Ha recibido más de 25 becas federales para financiar sus investigaciones sobre abuso de sustancias, trastornos de la alimentación, dejar de fumar y muchas otras áreas. Le hicimos al doctor Budman varias preguntas sobre sus antecedentes, intereses, experiencia y sus predicciones para el campo de la psicología clínica y la psicoterapia de grupo.

¿Por qué se interesó en un principio en el campo de la psicología clínica?

Había planeado ser médico en la época en que estaba en la escuela elemental. Esto se basaba sobre todo en mis experiencias con los dos médicos locales en el pueblo en donde crecí. Esto fue durante los años cincuenta, cuando los doctores todavía hacían visitas a domicilio, carecían de herramientas de alta tecnología y apenas tenían poco más que la penicilina a su disposición. Además, no había atención subsidiada ni presiones de productividad en la mayoría de ellos. ¡Una parte importante de la intervención de un doctor en esa época era hablar con las personas! Creía ingenuamente que de eso se trataba ser doctor. Ingresé a la universidad en la década de los años sesenta como estudiante de cursos de preparación para medicina y pronto me desilusioné al averiguar que mis cursos tenían más que ver con la biología y la química que con las personas y sus comportamientos. Pronto abandoné la carrera de medicina y vagué por una media docena de otras posibilidades antes de que un consejero de carrera de la universidad me hablara sobre la psicología clínica y me presentara a un psicólogo en el centro de consejería. Mi amor por la psicología fue inmediato. Tenía todos los componentes que pensaba que existían en la medicina, y más. Nunca he tenido un día de arrepentimiento desde ese momento sobre la carrera que elegí.

Describa en qué actividades participa como psicólogo clínico.

Comencé realizando sobre todo trabajo clínico directo en terapia individual, grupal y familiar (todo lo cual todavía hago). A lo largo de los años, mis actividades cambiaron y se diversificaron. Comencé a realizar investigación clínica poco después de terminar la licenciatura y he efectuado, y continúo realizando, numerosos experimentos clínicos. También participo en la enseñanza, la consulta clínica y la consulta a organizaciones en forma extensa. En el presente, soy presidente de una compañía de consulta y capacitación, y desarrollo nuevos productos para la atención de la salud. En esta función, me ocupo de mucha administración, investigación, mercadotecnia, desarrollo de negocios y capacitación. Una gran parte de mi tiempo la paso ahora desarrollando programas multimedia de atención de la salud y sitios web relacionados con la salud, subvenciones para escribir, recaudando dinero para la compañía y trabajando con equipos de psicólogos, programadores, hombres de negocios, etcétera. Nunca me habría imaginado, incluso hace diez años, los tipos de cosas que estaría haciendo que se relacionan (tanto en forma directa como indirecta) con mi capacitación en psicología.

(continúa)

Perfil 15-1 ***(continuación)***

¿Cuáles son sus áreas particulares de experiencia o interés?

En el presente, estoy más interesado en las intervenciones de salud basadas en la población, en la atención de la salud conductual preventiva, en la oncología conductual, en el tratamiento y prevención del abuso de sustancias y en el uso de computadoras, Internet y la tecnología multimedia en la atención de la salud. He escrito o colaborado en la elaboración de programas de video y juegos multimedia para adolescentes.

¿Cuáles son las tendencias futuras que ve para la psicología clínica?

Pienso que el futuro es grave a menos que la psicología clínica sea flexible y pueda "reinventarse". Los trabajadores sociales, enfermeras y consejeros con nivel de maestría realizarán la mayor parte de la terapia con pacientes externos y hospitalizados de este país. Los empleos para los psicólogos clínicos serán más escasos de lo que ya son. Los ingresos disminuirán. Preveo un futuro inexorable, a menos que los psicólogos aprendan habilidades únicas como saber intervenir con poblaciones de personas y cómo utilizar tecnologías nuevas en apoyo de tales intervenciones. Aunque creo que siempre habrá necesidad de psicólogos clínicos para proporcionar atención clínica directa, en la actualidad hay un exceso de proveedores en este país que pueden ofrecer estos servicios. La psicología clínica se verá muy diferente dentro de diez años de como luce en la actualidad. Si no se reinventa, se mezclará y se confundirá con las otras profesiones de la salud conductual.

¿Cuáles son algunas tendencias futuras para la terapia de grupo?

Creo que se darán más servicios en el contexto de grupos; esto tiene una buena relación costo-beneficio, y los resultados parecen favorables cuando se comparan con el tratamiento individual.

---

de este modo de tratamiento, cabildear en forma agresiva con los gobiernos y las compañías de atención subsidiada de la salud conductual para apoyar financieramente a la terapia de grupo como un servicio, y educarse mejor acerca de la atención médica subsidiada y las necesidades de atención de la salud que siguen insatisfechas (Steenbarger y Budman, 1996).

Terapia familiar y terapia de pareja

Por lo general, cuando un miembro de una familia desarrolla un problema, todos en la familia son afectados. Cada vez más, las familias están yendo a terapia como unidades en un intento por comprender la naturaleza de sus dificultades y como un medio para enfrentarlas. La terapia familiar y de pareja es un campo en desarrollo, como lo indican los numerosos manuales y revisiones del campo que aparecen cada año. Una evidencia mayor de este interés son las secciones especiales sobre el tratamiento de familias y parejas que aparecen con frecuencia en revistas clínicas como *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.

Hace muchos años, varios psicoterapeutas reconocieron que la terapia para un niño a menudo sólo era una excusa a fin de conseguir que los padres acudieran a la clínica a entrevistas "terapéuticas". Por ejemplo, no era raro programar terapia para el niño dos veces por semana. Durante ese tiempo, el niño pintaría con el dedo, participaría en juegos expresivos o haría otras cosas que se supone tienen valor catártico y terapéutico. Sin embargo, muchos clínicos reconocieron en forma intuitiva que tenía poco sentido trabajar con un niño dos horas a la semana y luego enviarlo de regreso a un ambiente hogareño inalterado: el ambiente que pudo contribuir al desarrollo del problema en primer lugar. En consecuencia, se volvió práctica común hablar con los padres durante el tiempo que el niño estaba

en el cuarto de juego de la clínica. Muchos clínicos llegaron a creer que esas entrevistas eran más la fuente de las mejoras en el comportamiento del niño que las experiencias en el cuarto de juego. Tales experiencias clínicas prepararon el terreno para el desarrollo del movimiento de la *terapia familiar*.

Desarrollo de la terapia familiar

Fruzzetti y Jacobson (1991) trazaron los orígenes de la terapia familiar hasta el movimiento del trabajo social en el siglo XIX. Sin embargo, la terapia familiar no ganó prominencia de inmediato. No fue sino hasta mediados del siglo XX que llegó a ser una forma popular de tratamiento. Algo de la demora tiene que ver con el predominio de muchos años del psicoanálisis. Las perspectivas del conductismo y el humanismo prepararon el terreno para que un tratamiento alternativo como la terapia familiar llegara a ser una opción viable para los clínicos. Los problemas de los individuos se conceptualizaron en términos sistémicos, como una manifestación de algún tipo de disfunción familiar. Esta nueva perspectiva de los problemas clínicos fue más evidente en algunas de las conceptualizaciones de los trastornos mentales graves como la esquizofrenia.

Al intentar entender la esquizofrenia, un grupo de investigación de Palo Alto (Bateson, Jackson, Haley, Satir y otros) enfocaron el problema desde un punto de vista de comunicación. Para influir en un miembro de la familia, uno debe tratar con el sistema familiar completo (Jackson y Weakland, 1961). El concepto del *doble vínculo* (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956) se relaciona con la idea de la familia como una unidad. Por ejemplo, un padre puede decir a un niño: "¡Siempre defiende tus derechos, no importa ante quién, no importa cuál!" Pero el mismo padre le dice al mismo niño: "¡Nunca cuestiones mi autoridad; yo soy tu padre, y lo que digo se hace!" La contradicción inherente en los dos mensajes asegura que sin importar lo que haga el niño en relación con el padre, estará equivocado. De acuerdo con el grupo de Bateson, la contradicción, la falla del padre en admitir que hay una contradicción, y la falta de apoyo de otros miembros de la familia pueden proveer tierra fértil para el desarrollo de esquizofrenia. En realidad, hay muy poco sustento empírico para la teoría del doble vínculo de la esquizofrenia. De hecho, ni siquiera ha logrado establecer tales comunicaciones como fenómenos confiables. Pero la hipótesis fue muy fecunda, debido a que nutrió mucho del trabajo de terapia familiar de Palo Alto. Esto ilustra el punto de que el valor de los conceptos y la investigación no reside exclusivamente en su exactitud o inexactitud. Su valor heurístico, es decir, el grado en que estimulan nuevos trabajos, nuevas ideas o nuevos procedimientos, también es importante.

Theodore Lidz y su equipo de investigación también dio relieve a la familia en la etiología de la esquizofrenia (Lidz, Cornelison, Fleck y Terry, 1957a, 1957b). Cuando las parejas de casados no logran satisfacer sus mutuas necesidades psicológicas y emocionales, uno de los cónyuges puede formar una alianza patológica con el niño, precipitando al final la esquizofrenia de éste. La observación de Bowen (1960) de pacientes esquizofrénicos que vivieron con sus padres en un pabellón de hospital por periodos ininterrumpidos lleva a la conclusión de que la unidad familiar era patogénica, no solo el paciente. Ackerman (1958, 1966) llegó a conclusiones parecidas. Este trabajo es importante no porque explicó la etiología de la esquizofrenia (no lo hizo), sino porque este trabajo y el de Satir (1967a), Haley (1971), Jackson (1957) y Bell (1961) dieron ímpetu y dirección al movimiento de la terapia familiar, un movimiento rico en técnica, teoría e historia.

Concepto de comunicación

Desde la época de sus orígenes en el trabajo sobre la esquizofrenia, la terapia familiar ha subrayado la *comunicación*. La patología se ha visto como una falla de comunicación entre los miembros de la familia. Este enfoque en la comunicación puede verse en lo que muchos consideran como el concepto central en la terapia familiar: la *teoría de los sistemas generales*. La terapia familiar trata con las relaciones entre el miembro de la familia y el sistema familiar. La familia se concibe como un sistema, el cual la terapia familiar busca alterar en alguna forma importante. El peso no se pone en los síntomas o disfunción patológicos visibles o

en los supuestos conflictos intrapsíquicos de la persona. Un ello demasiado activo, por ejemplo, no se considera la causa de los problemas sexuales. Más bien, el individuo experimenta problemas debido a una falta de información. La terapia es un proceso para corregir esta carencia o cambiar la manera de retroalimentación. El terapeuta logra un cambio positivo, no por una conciencia de los conflictos intrapsíquicos del paciente, sino por utilizar retroalimentación que altera el funcionamiento del sistema. Otros, como Bowen (1960), ven la comunicación como algo que se incluye en un sistema mayor de relaciones.

Ackerman (1958, 1960, 1966) ocupa una posición intermedia entre el enfoque individual o intrapsíquico de la patología y el enfoque de los sistemas que caracteriza a los teóricos de la comunicación. Cree que hay un intercambio constante entre el paciente, la familia y la sociedad. El entendimiento pleno del paciente requiere apreciar este intercambio. Aunque Ackerman da gran importancia al proceso de comunicación en el sistema familiar, también considera que es en extremo importante el contenido de esa comunicación.

Formas y métodos

No hay una definición consensual clara de lo que constituye la terapia familiar; ni siquiera existe un consenso respecto a quién debe conducirla. Psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, consejeros y otros ponen en marcha los procedimientos generales de la terapia familiar. Los terapeutas y consejeros familiares reciben capacitación en varios programas, incluyendo psicología clínica, psicología de consejería, psiquiatría, trabajo social, desarrollo familiar e infantil, y educación. Todo esto provoca una considerable confusión y algo de disputa sobre las credenciales profesionales. Algunos terapeutas utilizan la terapia familiar sólo como una de varias técnicas; otros sólo son terapeutas familiares. Con tan poco acuerdo respecto a quién está calificado para conducir una terapia familiar, ¿es de extrañarse que las técnicas empleadas (las cuales en realidad parecen poseer mucho en común) tengan títulos tan distintivos? Por tanto, tenemos *terapia familiar, terapia familiar conductual, terapia familiar conjunta, terapia familiar concurrente, terapia familiar de colaboración, terapia familiar de red, terapia familiar estructural, terapia familiar múltiple,* etcétera. Los enfoques teóricos oscilan de lo sistémico, a lo psicodinámico, a lo conductual y los que pretenden integrar varias prácticas teóricas.

Metas. La mayoría de los terapeutas familiares comparte la meta principal de mejorar la comunicación dentro de la familia y restar importancia a los problemas del individuo a favor de tratar los problemas de la familia en conjunto. Sin embargo, una vez que dejamos atrás estas declaraciones generales, parece haber algún desorden de propósitos y metas. Por ejemplo, muchos terapeutas que hablan acerca del sistema familiar aún parecen ver a la terapia familiar como una especie de contexto en el cual resolver los problemas de un individuo. Ver a la familia junta se vuelve una técnica (quizá más eficiente) para inducir cambios en el paciente individual. Otros terapeutas familiares están dedicados a la filosofía de que considerar a la familia como una unidad y trabajar con ella como tal reforzará esa unidad. Aunque esto puede beneficiar a los miembros individuales, el foco real está en la familia. Como en la mayor parte de las empresas, la mayor cantidad de terapeutas familiares cae en alguna parte entre los dos extremos.

Algunas características generales. Ciertos aspectos de la terapia familiar se diferencian de la terapia individual acostumbrada. Por ejemplo, los miembros de la familia tienen un marco de referencia compartido, una historia común y un lenguaje compartido de connotaciones que pueden ser ajenas para el terapeuta. Éste tiene que aprender los papeles de la familia y algo acerca de su subcultura idiosincrásica. Esta información le sirve para reforzar la comunicación o confrontar a los miembros de la familia. Al mismo tiempo, debe permanecer independiente y no llegar a ser identificado demasiado con una facción de la familia a expensas de otra. Ésta puede ser una tarea difícil y delicada, ya que a menudo los miembros de la familia intentarán usar al terapeuta en sus luchas de poder o en sus defensas en contra de la comunicación abierta.

Una historia y un proceso de evaluación son una parte típica de la terapia familiar. El problema presente debe plantearse y entenderse. Puede ser que un hijo sea un delincuente o una hija sea promiscua sexualmente. A menudo es interesante e importante desde el punto de vista del diagnóstico ver cómo diferentes miembros de la familia analizan el mismo problema en formas bastantes divergentes. Por lo general se tomará una historia familiar. Esto, también, puede tener ramificaciones. Cuando el problema familiar se coloca en el contexto mayor de la información acerca de los orígenes de los padres y su vida inicial y matrimonio, los niños pueden lograr con frecuencia una mejora en la comunicación y el entendimiento. Exponer el panorama entero de la historia familiar, sus miembros extendidos y metas, aspiraciones, miedos y debilidades, puede conducir a un entendimiento más profundo, empatía y tolerancia. Este contexto mayor puede promover un marco de referencia compartido que no era posible antes. Un niño puede empezar a aprender lo que significa para la madre abandonar sus aspiraciones en favor de la familia, lo que significa para el padre haber experimentado el abuso de su propio padre. En el escenario controlado del consultorio de terapia familiar, los padres pueden, al mismo tiempo, recordar (por medio de la experiencia actual de sus hijos) lo que era encontrar presión de los compañeros.

Terapia familiar conjunta

En la *terapia familiar conjunta,* un terapeuta ve la familia al mismo tiempo. En algunas variedades de este enfoque, el terapeuta desempeña una función bastante pasiva, no directiva. En otras variedades, es una fuerza activa que dirige la conversación, asigna tareas a varios miembros de la familia, imparte instrucción directa con respecto a las relaciones humanas, etcétera.

Satir (1967a, 1967b) consideraba a los terapeutas familiares como una persona ingeniosa que observa el proceso familiar en acción y luego se convierte en un modelo de comunicación para la familia por medio de una comunicación clara y decidida. Por tanto, Satir veía al terapeuta como un maestro, una persona ingeniosa y un comunicador. Dicho terapeuta ilustra a los miembros de la familia la forma en que pueden comunicarse mejor y por consiguiente producir relaciones más satisfactorias. Los siguientes fragmentos de Satir (1967a) esclarecen el proceso de interacción para una familia.

Un caso ilustrativo de terapia familiar conjunta

Terapeuta: (a esposo) Noto que tu frente está fruncida, Ralph. ¿Eso significa que estás enfadado en este momento?

Esposo: No sabía que mi frente estaba fruncida.

Terapeuta: Algunas veces una persona se ve o suena en una forma de la cual no se percata. Hasta donde puedas decir, ¿qué estás pensando y sintiendo ahora?

Esposo: Estaba pensando sobre lo que dijo ella [su esposa].

Terapeuta: ¿Sobre qué cosa que dijo ella estabas pensando?

Esposo: Cuando dijo que le hiciera notar cuando habla muy fuerte.

Terapeuta: ¿Qué piensas acerca de eso?

Esposo: Nunca pensé en decirle. Pensé que se enojaría.

Terapeuta: Ah, ¿entonces tal vez el fruncimiento del ceño significa que estás desconcertado debido a que tu esposa esperaba que hicieras algo y no sabías que tenía esa esperanza? ¿Supones que con tu frente fruncida estás señalando que estás confundido?

Esposo: Sí, lo supongo.

Terapeuta: Hasta donde sabes, ¿alguna vez habías estado en la misma situación antes?; es decir, ¿has estado confundido por algo que dijo o hizo Alice?

Esposo: Diablos, sí; muchas veces.

Terapeuta: ¿Alguna vez le dijiste a Alice que estabas confundido cuando lo estabas?

Esposa: Él nunca dice nada.

Terapeuta: (sonriendo, a Alice) Permíteme un minuto, Alice, déjame escuchar cuál es la idea de Ralph de lo que hace. Ralph, ¿cómo piensas

que le haces saber a Alice cuando estás confundido?

Esposo: Pienso que ella lo sabe.

Terapeuta: Bueno, vamos a ver. Supongamos que le preguntas si ella lo sabe.

Esposo: Esto es ridículo.

Terapeuta: (sonriendo) Supongo que puede parecer así en esta situación, debido a que Alice está aquí y por supuesto que ha escuchado cuál es tu duda. Ella sabe cuál es. Pero tengo la sospecha de que ni tú ni Alice están muy seguros de lo que el otro espera, y pienso que no han desarrollado medios para averiguarlo. Alice, retrocedamos al momento en que comenté sobre la frente fruncida de Ralph. ¿Lo habías notado también?

Esposa: (quejándose) Sí, siempre se ve así.

Terapeuta: ¿Qué clase de mensaje recibes de ese ceño?

Esposa: Él no quiere estar aquí. No le importa. Nunca habla. Sólo ve la televisión o no está en casa.

Terapeuta: Tengo curiosidad. ¿Significa que cuando Ralph tiene la frente fruncida tú lo tomas como una forma de decirte "No te amo; no me importas, Alice"?

Esposa: (exasperada y llorosa) No lo sé.

Terapeuta: Bueno, tal vez los dos aún no han trabajado formas claras como el cristal de trasmitirse su amor y mensajes de valor. Todos necesitan medios claros como el cristal para dar sus mensajes de valor. (al hijo) ¿Qué sabes, Jim, acerca de cómo das tus mensajes de valor a tus padres?

Hijo: No sé lo que quiere decir.

Terapeuta: Bueno, cómo le haces saber a tu madre, por ejemplo, que la quieres, cuando estás sintiendo de esa forma. Todos sienten de manera distinta en momentos diferentes. Cuando te sientes alegre de que tu madre esté cerca, ¿cómo se lo haces saber?

Hijo: Hago lo que me dice que haga. Quehacer y cosas así.

Terapeuta: Ya veo, así que cuando haces tus quehaceres en la casa, significa esto un mensaje para tu madre de que estás contento de que esté cerca.

Hijo: No exactamente.

Terapeuta: Significa entonces que estás dando un mensaje diferente. Bueno, Alice, ¿tomas este mensaje de Jim como un mensaje de amor? (a Jim) ¿Qué haces para dar a tu padre un mensaje de que lo quieres?

Hijo: (después de una pausa) No puedo pensar en nada.

Terapeuta: Permíteme ponerlo de otro modo. ¿Qué sabes con toda claridad que podrías hacer para que tu padre sonriera?

Hijo: Podría sacar mejores calificaciones en la escuela.

Terapeuta: Vamos a comprobar esto y veremos si estás percibiéndolo con claridad. Alice, ¿obtienes un mensaje de amor de Jim cuando hace el quehacer de la casa?

Esposa: Eso supongo; él no hace mucho.

Terapeuta: De modo que desde tu posición, Alice, no obtienes muchos mensajes de amor de Jim. Dime, Alice, ¿tu hijo tiene algunas otras formas en que no esté pensando ahora de decirte que está alegre de tenerte cerca?

Esposa: (suavemente) El otro día me dijo que me veía linda.

Terapeuta: ¿Y qué hay de ti, Ralph? ¿Jim percibe correctamente que sonreirías si obtiene mejores calificaciones?

Esposo: No imagino que permanezca sonriendo mucho tiempo.

Terapeuta: Escucho que no piensas que esté obteniendo buenas calificaciones, ¿pero sonreirías si lo hiciera?

Esposo: Seguro, diablos, estaría contento.

Terapeuta: Mientras piensas acerca de esto, ¿cómo supones que lo demostrarías?

Esposa: Nunca sabes si algo lo complace.

Terapeuta: Ya hemos descubierto que tú y Ralph no han desarrollado aún medios claros de demostrarse sentimientos de valor. Tal vez tú,

Alice, estás observando ahora esto entre Jim y Ralph. ¿Qué piensas, Ralph? ¿Supones que sería difícil para Jim averiguar cuándo te ha complacido?[2]

En la terapia conjunta y en otras modalidades de terapia familiar, hay cinco modos básicos de comunicación (Satir, 1975): aplacar (siempre estar de acuerdo, sin importar lo que suceda); culpar (la manera de una persona de mostrar cuánto puede criticar a otra y así arrojarle toda su carga); superrazonable (característico de los maestros, cuyas palabras pueden sonar "superrazonables" pero pueden no tener relación con sus sentimientos); inadecuado (las palabras carecen por completo de relación con lo que está pasando); congruente (las palabras se relacionan con lo que es real). Estos modos de comunicación proporcionan, en cierto sentido, la esencia de la comunicación y los sentimientos. No niegan la función de las cogniciones, pero ponen el énfasis donde Satir creía que pertenecía.

Otras variedades de terapia familiar

Hay muchas otras versiones de terapia familiar. Las siguientes son una muestra de las versiones más habituales.

Terapia familiar concurrente. En la *terapia familiar concurrente* un terapeuta ve a todos los miembros de la familia, pero en sesiones individuales. Las metas globales son las mismas que en la terapia conjunta. En algunos casos, el especialista puede llevar a cabo una psicoterapia tradicional con el paciente principal y ver en forma ocasional a otros miembros de la familia. De hecho, quizá sea desafortunado que la última variación no se utilice más a menudo como parte de la psicoterapia tradicional. Debido a que con frecuencia los problemas del paciente pueden entenderse y tratarse mejor en colaboración con otros que son significativos en su vida, el uso de tales combinaciones facilitaría el proceso terapéutico.

Terapia familiar colaborativa. En la *terapia familiar colaborativa*, cada miembro de la familia ve a un terapeuta diferente. Éstos se reúnen luego para discutir a sus pacientes y a la familia en conjunto. Como observamos antes, el uso de este enfoque con menores fue uno de los factores que estimuló el crecimiento inicial de la terapia familiar. En una variación de este enfoque general, a veces se asignan terapeutas colaboradores para que trabajen con la misma familia; es decir, dos o más terapeutas se reúnen con la unidad familiar.

Enfoques conductuales de la terapia familiar. Algunos clínicos (por ejemplo, Liberman, 1970; Patterson, 1971) han visto las relaciones familiares como contingencias de reforzamiento. La función del terapeuta es generar un análisis conductual de los problemas familiares. Este análisis ayuda a identificar los comportamientos cuya frecuencia debería incrementarse o disminuirse, así como las recompensas que están manteniendo los comportamientos indeseables o que reforzarán los comportamientos deseables. La *terapia familiar conductual* se vuelve un proceso de inducción a fin de que los miembros de la familia administren los reforzamientos apropiados para los comportamientos deseados. Algunos terapeutas (Stuart, 1969) incluso hacen que los miembros de la familia usen fichas con este propósito. Por ejemplo, un esposo podría ganar cuatro fichas si el domingo no ve el fútbol en la televisión y en cambio lleva a su esposa a dar un paseo por el campo. Por supuesto, ¡debe quedar claro con anticipación por qué pueden cambiarse después esas fichas!

Dados los avances recientes en la terapia cognoscitiva conductual, no es sorprendente que este enfoque se haya abierto camino en la empresa de la terapia familiar. Similar a la terapia cognoscitiva conductual para el individuo, la "versión" familiar comprende enseñar a los miembros de la familia a examinar los comportamientos y patrones de pensamiento problemáticos, a desarrollar nuevas habilidades (comunicación, solución de problemas, negociación, manejo de conflictos), desafiar las interpretaciones de los acontecimientos familiares

[2]Virginia Satir, *Conjoint Family Therapy*, 2a ed., 1967, pp. 97-100. Science and Behavior Books, Inc. Palo Alto, CA. USA 1-415-965-0954.

y volver a encuadrar estas interpretaciones si es necesario (Carlson, Sperry y Lewis, 1997; Epstein, Schlesinger y Dryden, 1988).

Otras formas. En una terapia de grupo de red familiar (Speck y Attneave, 1971), el terapeuta trabaja con la "red" de personas importantes en la vida del paciente (vecinos, patrones, amigos, familia, etcétera). Es obvio que esta terapia requiere un alto grado de cooperación de parte de las personas interesadas.

La terapia de impacto múltiple (MacGregor, Ritchie, Serrano y Schuster, 1964) abarca dos días de trabajo muy intenso con la familia completa de parte de un equipo clínico de profesionales. Al trabajar en sesiones con miembros de la familia, el equipo examina el matrimonio, la función de la autoridad, las opiniones de los niños respecto de la familia y otros factores. Se realiza un seguimiento de seis meses para evaluar el progreso de la familia.

En la terapia de familias múltiples (Strelnick, 1977), varias parejas o familias se encuentran como grupo con un terapeuta. La idea es que compartir experiencias permitirá a cada pareja o familia ayudar a las otras parejas o familias. Es una especie de mezcla entre terapia familiar y terapia de grupo.

Otro enfoque es tipificado por el programa Homebuilders desarrollado en Tacoma, Washington (Kinney, Madsen, Fleming y Haapala, 1977). En este programa, un terapeuta que está disponible por teléfono 24 horas al día entrará al hogar de una familia en crisis para ayudar a prevenir el traslado de miembros de la familia a situaciones de vida alternativas (como la institucionalización). El terapeuta puede permanecer en la casa tanto tiempo como se requiera dentro de un periodo de seis semanas.

La terapia familiar estructural (Minuchin, 1974) se orienta hacia la resolución de los problemas inmediatos mientras enfatiza la manera en que está arreglada la autoridad en la familia. También se subrayan cuestiones acerca del desarrollo del matrimonio y la familia.

¿Cuándo usar terapia familiar?

No hay reglas estrictas respecto de cuándo es apropiada la terapia familiar y cuándo no lo es. Con mayor frecuencia, la terapia familiar se comienza con un adolescente como el paciente principal. Quizá los problemas del paciente están tan entrelazados con la familia que la terapia familiar es el único curso sensato. Tal vez la familia ha impedido el progreso terapéutico en el pasado o se ha resistido al consejo del terapeuta. Se espera que involucrar a la familia en la red de terapia pueda disolver un poco esta resistencia.

En otros casos, los problemas del paciente (¡o algunas veces incluso la mejoría del paciente en la terapia!) están tan involucrados o amenazan tanto la estructura de la familia que parece sensato tratarla en conjunto. Algunas veces, las crisis familiares, como la muerte de un integrante, impelen a la unidad familiar hacia la patología casi como uno solo. En algunas familias hay conflictos sobre los valores. Por ejemplo, un adolescente que empieza a usar drogas o llega a ser absorbido por completo en un culto o una religión diferente, puede trastornar a la familia al parecer socavar sus valores. En tales casos, la terapia familiar puede ser un recurso lógico.

Por último, los problemas matrimoniales o sexuales significativos pueden resolverse mejor con una forma de terapia familiar. Por supuesto, puede ser difícil determinar si se iniciará una terapia individual, familiar o de pareja como un medio de explorar tales problemas. Sin embargo, la terapia familiar o la consejería de parejas se considerarían apropiadas cuando los problemas no parecen derivarse de conflictos emocionales asentados en forma profunda, sino de cuestiones que pueden tratarse con educación, incluyendo actitudes desencaminadas, poco conocimiento acerca de la sexualidad o falta de comunicación.

Sin embargo, la terapia familiar no es una panacea y no siempre es apropiada. A veces una familia está tan trastornada que tal intervención estaría condenada al fracaso; también puede pasar que uno o más familiares sólo se nieguen a cooperar. En algunos casos, queda claro pronto que cierto miembro de la familia está tan perturbado, es tan poco cooperativo o tan perjudicial que su presencia envenenará el proceso de la terapia familiar.

En vista de que la terapia familiar comprende a varias personas, uno debe considerar a veces su

uso posible en función de la relación costo-beneficio. Aunque esta modalidad podría beneficiar al paciente identificado del grupo, el proceso puede tener consecuencias malignas para alguno de los otros miembros. Como los pacientes individuales, algunas familias no poseen la fuerza o recursos psicológicos para afrontar el material amenazador que puede surgir en las sesiones de la terapia familiar. A menudo, decidir cuándo utilizarla y cuándo no es una cuestión difícil que requiere una evaluación cuidadosa y una gran cantidad de sensibilidad clínica.

Terapia de pareja

Aunque usamos el término *terapia de pareja*, este enfoque no se limita a parejas casadas, sino que puede proporcionarse a parejas que no están casadas, a parejas del mismo sexo y otras. Hay muchos problemas que llevan a las parejas a consultar a un clínico. En cierto sentido, la terapia de parejas puede interpretarse como una forma de terapia familiar. Por ejemplo, cuando un esposo y esposa son vistos juntos y el foco del tratamiento está en la relación matrimonial y no en los problemas de los individuos, parece ser una forma de terapia familiar.

Aunque el movimiento de la terapia de pareja —al igual que el movimiento de la terapia familiar— debe mucho a los teóricos interpersonales como Sullivan, Horney y Fromm, su desarrollo como disciplina puede atribuirse a preocupaciones pragmáticas (Fruzzetti y Jacobson, 1991). En esencia, una amplia variedad de profesionales (incluyendo doctores y abogados) llegaron a estar cada vez más involucrados en el intento de resolver conflictos matrimoniales durante el ejercicio de sus deberes profesionales normales. Fruzzetti y Jacobson (1991) notaron el crecimiento notable de la terapia de pareja desde la década de los sesenta. Hoy en día, las formas más populares son la terapia matrimonial conductual, la terapia cognoscitiva de pareja, la terapia de pareja con enfoque emocional, la terapia sexual y la terapia de pareja orientada a la perspicacia (psicodinámica). Para dar al lector una probada de las técnicas que se utilizan en la terapia de pareja, describiremos en forma breve la terapia matrimonial conductual (Jacobson y Margolin, 1979; Stuart, 1980; Weiss, Hops y Patterson, 1973) y la terapia de pareja con enfoque emocional (Johnson, Hunsley, Greenberg y Schindler, 1999).

Terapia matrimonial conductual. Los comienzos de la *terapia matrimonial conductual (TMC)* a menudo se rastrean hasta el trabajo de Richard Stuart (1969). (Una vez más, a pesar del uso del término *matrimonial*, la TMC no requiere que las parejas estén casadas.) El tratamiento de Stuart de la disfunción matrimonial entrañaba la aplicación de principios de reforzamiento a las interacciones de la pareja. Un componente principal de su tratamiento era una técnica llamada *contrato de contingencias*; se entrenaba a los cónyuges para que modificaran su comportamiento a fin de efectuar el cambio concreto deseado en el comportamiento de su pareja.

A lo largo de los años, la TMC se ha ampliado para incluir diversas técnicas adicionales. Las *técnicas de apoyo y comprensión* están dirigidas a incrementar los comportamientos positivos de la pareja, así como la colaboración dentro de ella y los sentimientos positivos en cada integrante de la pareja. Por ejemplo, cada integrante genera una lista de comportamientos que, si son producidos por su pareja, le generarán placer. A continuación, cada uno acuerda realizar tres de los comportamientos de la lista de su pareja antes de la siguiente sesión. Las *técnicas de solución de problemas* se refieren a entrenar a las parejas en habilidades de comunicación positiva, de modo que sean posibles la toma de decisiones efectiva y la negociación. Por ejemplo, se da a las parejas una lista de reglas básicas de habilidades de comunicación positiva y luego las "practican" en una sesión. El clínico interviene si piensa que será útil (por ejemplo, a fin de aclarar las habilidades de comunicación apropiadas, modelar formas alternativas para comunicarse que son más positivas). Éstas y otras estrategias de la TMC se describen con más detalle en varias fuentes (por ejemplo, Gottman, Notarius, Gonso y Markman, 1976; Jacobson y Margolin, 1979; Stuart, 1980).

Terapia de pareja con enfoque emocional. La *terapia de pareja con enfoque emocional (TEE)* es un tratamiento breve que busca cambiar los estilos de interacción problemáticos y las respuestas emocionales de las parejas, de modo que pueda esta-

RECUADRO 15-2

Los nueve pasos de la terapia de pareja con enfoque emocional (TEE)

Desescalada del ciclo

Paso 1. Evaluación: creación de una alianza y explicación de los problemas centrales en el conflicto de la pareja utilizando una perspectiva de apego.

Paso 2. Identificación del ciclo interactivo problema que mantiene la inseguridad del apego y la angustia en la relación.

Paso 3. Tener acceso a las emociones no reconocidas que subyacen en las posiciones interactivas.

Paso 4. Reestructuración del problema en función del ciclo, las emociones subyacentes y las necesidades de apego.

Cambio de las posiciones interactivas

Paso 5. Promover la identificación con las necesidades y aspectos negados del ser e integrarlos a las interacciones de la relación.

Paso 6. Promover la aceptación por parte de la pareja de la nueva construcción de la experiencia en la relación y las nuevas respuestas.

Paso 7. Facilitar la expresión de necesidades y deseos específicos y creación de un compromiso emocional.

Consolidación e integración

Paso 8. Facilitar el surgimiento de nuevas soluciones para cuestiones problemáticas antiguas de la relación.

Paso 9. Consolidación de las nuevas posiciones y los nuevos ciclos de comportamiento de apego. (p. 70)

Fuente: Johnson, S. M., Hunsley, J., Greenberg, L. y Schindler, D. (1999). "Emotionally focused couples therapy: Status and challenges", *Clinical Psychology: Science and Practice, 6,* pp. 67-79. Derechos reservados 1999, American Psychological Association. Reimpreso con autorización.

blecerse un lazo emocional más fuerte y seguro (Johnson y cols., 1999). De acuerdo con este enfoque de tratamiento, el afecto negativo y los estilos interactivos destructivos asociados crean angustia matrimonial. Además, se cree que es necesario un apego más seguro con la pareja para estabilizar una relación diádica.

Johnson y colaboradores (1999) han delineado los nueve pasos del tratamiento en la TEE (véase el recuadro 15-2). Los primeros cuatro se refieren a la evaluación de la pareja e intentos por interrumpir el ciclo de interacciones negativas. Los siguientes tres pasos se orientan a ayudar a crear estilos de interacción nuevos más adaptativos que satisfagan las necesidades de la pareja. Por último, los dos pasos finales de la TEE se concentran en la consolidación de los cambios logrados.

Por medio de estos pasos, las parejas son más capaces de reconocer sus necesidades emocionales y de vinculación, y de modificar la forma en que interactúan. De esta manera pueden asegurar que sea más probable satisfacer esas necesidades y minimizar los patrones interactivos destructivos.

¿Son efectivas la terapia familiar y la terapia de pareja?

Al igual que con otras formas de psicoterapia, es importante valorar la evidencia empírica que habla de la eficacia de diferentes modalidades de terapia familiar y de pareja. Antes de presentar estos datos, es importante señalar que la medición del resultado en la terapia familiar y de pareja es compleja, debido a las múltiples perspectivas que deben considerarse (diferentes miembros de la familia, ambos cónyuges). Como en la investigación de la psicoterapia individual, se utilizan en abundancia medidas de informe personal, estimaciones de

TABLA 15-1 Tamaño del efecto promedio (TE) y equivalente en percentil para formas selectas de terapia familiar y terapia de pareja

Tipo de terapia	*TE media*	*Equivalente en percentil**
Cualquier tipo de terapia familiar	.47	68%
Conductual/psicoeducativa	.44	67%
Sistémica	.25	60%
Humanista	.29	61%
Ecléctica	.55	71%
Cualquier tipo de terapia de pareja	.60	73%
Conductual/psicoeducativa	.74	77%
Sistémica	.62	73%
Humanista	.12	55%
Ecléctica	.63	74%

*El equivalente en percentil indica el porcentaje de los que no recibieron tratamiento cuyo resultado es excedido por quienes recibieron el tratamiento en cuestión.

Fuente: adaptado de Shadish y colaboradores (1993) con autorización.

otros (como el terapeuta) y estimaciones por observación en la investigación de la terapia familiar y de pareja.

Terapia familiar. A pesar de la popularidad de la terapia familiar en la práctica clínica, se han realizado relativamente pocos estudios empíricos bien controlados para evaluar su efectividad. Un metaanálisis reciente de esta literatura (Shadish y cols., 1993) calculó sólo 44 tamaños del efecto de artículos publicados y tesis sin publicar (años 1963-1988) que evaluaban la eficacia de la terapia familiar. El tamaño del efecto promedio para cualquier forma de terapia familiar fue de .47, lo que indica que en promedio el cliente tratado funcionaba mejor que 68% de los individuos que no recibieron tratamiento. Shadish y colaboradores también reportaron tamaños del efecto promedio separados para varios tipos de terapia familiar. Los tratamientos eclécticos (combinaciones de orientaciones) y los conductuales/psicoeducativos fueron más efectivos, mientras que los enfoques humanistas y sistémicos fueron menos efectivos. Estos datos se muestran en la tabla 15-1.

Aunque el metaanálisis de Shadish y colaboradores nos da un sentido de la eficacia general de la terapia familiar a lo largo de las modalidades y de poblaciones a las que se dirige, un estudio metaanalítico más reciente proporciona datos sobre su eficacia en trastornos específicos en un miembro particular de la familia. Baucom, Shoham, Mueser, Daiuto y Stickle (1998) reportaron que el tratamiento familiar parece útil para tratar dos trastornos psicológicos particulares. De manera específica, el tratamiento de exposición asistida por la familia más prevención de respuesta para el trastorno obsesivo-compulsivo (Cap. 14) fue superior a la forma tradicional de tratamiento sin un miembro de la familia presente (Mehta, 1990). Sin embargo, este hallazgo necesita replicarse. La terapia familiar también ha mostrado ser eficaz para un segundo trastorno psicológico: la esquizofrenia. Baucom y colaboradores (1998) reportan que las formas conductual, de apoyo y de sistemas familiares de la terapia familiar proporcionada durante al menos nueve meses a las familias de pacientes con esquizofrenia parecen ser eficaces para reducir los índices de recaída del trastorno. Los índices de recaída para pacientes con esquizofrenia varían entre 50 y 75%, pero los índices de recaída para pacientes cuyas familias recibieron tratamiento fueron de 35% o menos.

Terapia de pareja. Además de los datos sobre la terapia familiar, la tabla 15-1 presenta los resultados metaanalíticos de Shadish y colaboradores (1993) para la terapia de pareja. Primero, debe notarse que se disponía de aún menos estudios y tamaños del efecto para evaluar dicha terapia que en el caso anterior. Como puede verse en la tabla 15-1, el tamaño del efecto promedio para cualquier forma de terapia de pareja fue de .60, algo superior que para la terapia familiar. Shadish y colaboradores encontraron gran variabilidad en la efectividad de diferentes modalidades terapéuticas; la terapia de pareja humanista pareció ser mucho menos efectiva que otras.

Baucom y colaboradores (1998) proporcionan información adicional sobre la eficacia de diversas terapias de pareja. Coinciden en que la terapia matrimonial conductual (TMC) es eficaz; señalan que los datos sugieren que es probable que entre uno y dos tercios de las parejas que reciben TMC sean similares a las parejas que no están angustiadas (con base en sus puntuaciones en medidas de resultados del funcionamiento de la relación) para el final del tratamiento. Además, Baucom y colaboradores reportan que la evidencia disponible sugiere que la terapia de pareja con enfoque emocional (TEE) también es un tratamiento efectivo, en especial para parejas con angustia leve a moderada, y que la TEE fue superior a la TMC al menos en un estudio (Johnson y Greenberg, 1985). Por último, Baucom y colaboradores señalaron que las formas cognitiva, cognitiva conductual y las formas orientadas al insight de la terapia de pareja parecen promisorias en sus efectos hasta la fecha y deberían investigarse más a fondo.

En resumen, las revisiones de la literatura empírica de Shadish y colaboradores, Baucom y colaboradores y otros (por ejemplo, Alexander, Holtzworth-Munroe y Jameson, 1994; Hahlweg y Markman, 1988; Hazelrigg, Cooper y Borduin, 1987) sugieren que, en general, estos tratamientos parecen ser al menos modestamente efectivos. Fue evidente alguna variación en la efectividad entre los tipos terapéuticos: las versiones humanistas del tratamiento familiar y de pareja mostraron de manera consistente efectos más débiles. Además, tanto la terapia de pareja como la familiar pueden ser útiles en el tratamiento de trastornos psicológicos específicos en integrantes de la pareja o en miembros de la familia (Baucom y cols., 1998).

Problemas especiales

Las terapias familiar y de pareja parecerían plantear algunos problemas especiales al clínico. Por ejemplo, la expresión de emociones intensas, sentimientos negativos y hostilidad en el escenario de grupo, podrían amenazar la unidad de la familia y sacudir los fundamentos de la autoridad y respeto paternos. Sin embargo, es cuestionable cuán serias sean en realidad estas potencialidades. Las familias y parejas que buscan terapia tienen problemas, y es poco probable que aquellos que suponen falta de respeto al padre y hostilidad, por ejemplo, estén ausentes antes de la terapia. Cuando dichos problemas surgen en la terapia, el terapeuta sensible puede explorarlos y su resolución puede ser la base para que mejoren las relaciones familiares. La discusión de tales cuestiones en la terapia pueden ocasionar algunas sesiones tormentosas y algunas confrontaciones igual de tormentosas en el hogar. Pero a la larga esto puede ser benéfico.

También se ha señalado que la terapia individual tiende a perturbar a las familias más que la terapia familiar (R. V. Fitzgerald, 1973). En la primera, un paciente puede decidir, por ejemplo, que la "maduración personal" que ha logrado hace imposible continuar viviendo con un cónyuge que no ha alcanzado una maduración comparable. En ocasiones sucede que la terapia individual expone una gran cantidad de incompatibilidad de necesidades entre los miembros de la familia o parejas que no era obvia antes. En tales casos, puede originarse un rompimiento familiar. En un estudio de los efectos de la psicoterapia de un integrante de una pareja en el otro (Brody y Farber, 1989), sobresalen varios hallazgos. Quienes no estaban en terapia creían que sus parejas en terapia eran más abiertas, empáticas y comunicativas como resultado del tratamiento. Al mismo tiempo, experimentaban sentimientos de exclusión, resentimiento e inadecuación, debido a la relación de su pareja con un terapeuta. La mayoría tampoco apreciaba el costo de la terapia de su pareja. En general, estaba claro que la terapia inició un proceso de cambio en la relación. Se sabe que la terapia de pareja en ocasiones precipita el divorcio (Alexander y cols., 1994). Esto sucede con la suficiente frecuencia como para que la posibilidad del divorcio en oca-

siones se enliste como un riesgo en los contratos y formas de consentimiento para la terapia de pareja. En algunos casos, la disolución de la relación puede ser el mejor resultado.

Otro problema que puede ser espinoso es la identificación de quién es el verdadero paciente. Cuando un terapeuta recomienda ver a toda la familia junto con el paciente, la situación es bastante clara. Pero a veces después otro miembro de la familia puede parecer estar más perturbado que el paciente original. En cualquier caso, para los terapeutas comprometidos con la opinión de que el cliente es "la familia", estas situaciones pueden plantear problemas en la comunicación que deben aclararse. Según la orientación teórica de uno, ver a una persona como el paciente y al resto de la familia como el telón de fondo puede ser un problema. Problema o no, debe entenderse con claridad cómo se está estructurando la situación de terapia.

En resumen, podemos preguntar, como lo hizo Margolin (1982), "¿Quién es el cliente? ¿Cómo se manejará la información confidencial? ¿Cada miembro de la familia tiene un derecho igual a rehusar el tratamiento? ¿Cuál es la función de los valores del terapeuta frente a los valores conflictivos de los miembros de la familia?" (p. 788). Éstas son cuestiones complejas y controvertidas. De manera básica, se centran alrededor de cuestiones éticas. Si los problemas de la familia son el foco, entonces ¿cuál es la salud de la familia y quién decide qué es una "buena" familia? (Huber y Baruth, 1987). Tal vez, como afirma Constantine (1986), hay muchas formas de funcionamiento familiar "normal". ¿Y qué hay del "sexismo" en tantos matrimonios y relaciones que a menudo alimenta en forma sutil el desarrollo de problemas? (Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1988). Éstas y muchas otras cuestiones especiales pueden surgir siempre que se emprende una terapia familiar o de pareja.

Resumen del capítulo

A lo largo de los años, las terapias de grupo, familiar y de pareja se han vuelto opciones de tratamiento más viables. La terapia de grupo surgió de manera principal de la necesidad de manejar cargas pesadas de casos. Sin embargo, algunos clínicos llegaron a verla como un tratamiento de elección. A diferencia de sus predecesores, la terapia de grupo contemporánea es de tiempo limitado (supone una cantidad predeterminada de sesiones) y se enfoca en el presente. Es probable que la atención de la salud conductual subsidiada incremente el uso de versiones contemporáneas de la terapia de grupo por parte de los clínicos. Estos grupos son eficientes y económicos para los clínicos, para las organizaciones de atención de la salud conductual subsidiada y los clientes. Por desgracia, desde una perspectiva de la investigación, sabemos relativamente poco acerca de la terapia de grupo —aparte de que es más efectiva que la falta de tratamiento pero no es más que otras formas de psicoterapia—. De nuevo, su atractivo principal es su economía y eficiencia.

Los orígenes de la terapia familiar pueden rastrearse hasta el movimiento del trabajo social del siglo XIX. Los problemas de los individuos llegaron a conceptualizarse en términos sistémicos, como una manifestación de algún tipo de disfunción familiar. Al igual que con la terapia de grupo, existen muchas formas de terapia familiar. Se distinguen por sus métodos y técnicas, al igual que por su orientación teórica subyacente (por ejemplo, conductual). La terapia matrimonial, el nombre tradicional para la terapia de pareja, es un nombre inapropiado debido a que no existe el requisito de que los participantes estén casados o sean de diferente sexo. Las dos formas de terapia de pareja estudiadas con más frecuencia son la matrimonial conductual (TMC) y la terapia de pareja con enfoque emocional (TEE).

Ciertas pruebas sugieren que varias formas de terapias familiar y de pareja son eficaces. Entre las primeras parecen ser útiles los tratamientos ecléctico y conductual/psicoeducativo contra el trastorno obsesivo-compulsivo y la esquizofrenia en un miembro de la familia. Entre las variedades de la terapia de pareja, la investigación apoya con más fuerza el uso de la TMC y la TEE.

Por último, es importante tomar nota de los muchos problemas y cuestiones especiales asociados con la terapia de grupo, familiar y de pareja. Además, debido a esta diversidad de perspectivas, la investigación es más complicada en estas áreas de intervención.

Términos clave

análisis transaccional Método de grupo desarrollado por Berne que se enfoca en los "estados del yo": niño, padre o adulto, que son evidentes con base en las transacciones de los pacientes con otros miembros del grupo, así como en la valencia (positiva o negativa) de estos estados del yo; ayuda a los pacientes a adoptar formas de pensamiento más características del estado del yo adulto positivo. Otro interés del AT es la identificación de los juegos que emplean estos pacientes a fin de evitar acercarse demasiado a los demás, y ayudarlos a adoptar comportamientos más satisfactorios.

comunicación Intercambio verbal o no verbal de información acerca de hechos, pensamientos o sentimientos.

contrato de contingencias La TMC es una técnica en que se entrena a los cónyuges para modificar su comportamiento a fin de producir el cambio deseado en el comportamiento de su pareja.

doble vínculo Caso en que una figura importante en su vida da a un individuo dos mensajes contradictorios, de tal manera que todas las respuestas que emite respecto de esa figura están mal. En alguna época se creía que las situaciones de doble vínculo contribuían al desarrollo de la esquizofrenia.

factores curativos en la terapia de grupo Elementos comunes entre diversos enfoques de terapia de grupo propuestos por Yalom como la fuente del efecto positivo del tratamiento. Incluyen impartir información, infundir esperanza, universalidad, altruismo, aprendizaje interpersonal, comportamiento imitativo, recapitulación correctiva de la familia primaria, catarsis y cohesión de grupo.

grupos de terapia del comportamiento Enfoque en que los pacientes con problemas similares (por ejemplo, depresión, agorafobia, dolor) son tratados como un grupo mediante métodos conductuales o cognitivo conductuales estándares. En los grupos de terapia del comportamiento, por lo general se pone poca atención a la dinámica del grupo.

grupos gestalt Enfoque de grupo en que el terapeuta se centra en un paciente a la vez y le pide que experimente sus sentimientos y comportamientos; los otros miembros del grupo deben observar o proporcionar retroalimentación a la persona en el "asiento caliente".

psicodrama Forma de representación de papeles desarrollada por Moreno en que un paciente en un grupo representa un papel asignado por el terapeuta, otros pacientes sirven como el reparto de apoyo de "yos auxiliares" y otros más funcionan de público. La idea es que al escuchar las respuestas de los yos auxiliares y las reacciones del público, el paciente en el papel principal experimente una catarsis y se comprenda.

psicoterapia de grupo psicoanalítica En general, terapia psicoanalítica llevada a cabo en un escenario de grupo. Aquí, la dinámica de grupo se considera secundaria a los procesos individuales y el grupo actúa como un vehículo por medio del cual el individuo puede obtener insight sobre sus fuerzas y defensas inconscientes.

técnicas de apoyo y comprensión Las TMC son técnicas dirigidas a incrementar los sentimientos positivos de las parejas, sus comportamientos positivos y el grado de colaboración entre ellos.

técnicas de solución de problemas En la TMC, entrenamiento de las parejas en habilidades de comunicación positiva a fin de mejorar la efectividad de la toma de decisiones y la negociación.

teoría de los sistemas generales Concepto importante en la terapia familiar que concibe a la familia como un sistema y cree que la "patología" se reduce mejor alterando la manera en que funciona el sistema.

terapia de grupo Forma de psicoterapia en que uno o más terapeutas tratan a diversos pacientes al mismo tiempo. En general, la mayor parte de los grupos constan de cinco a 10 pacientes que se reúnen con el terapeuta al menos una vez por semana para sesiones de 90 minutos a dos horas. Los grupos pueden diferir en gran medida en cuanto orientaciones teóricas, reglas y exclusiones y si son vistos como modos de tratamiento primarios o complementarios.

terapia de grupo de tiempo limitado Enfoque de grupo para terapia breve promovido por Budman y Gurman en que los pacientes se reúnen semanalmente durante un número predeterminado de sesiones. Cuatro características centrales incluyen la selección previa a la integración del grupo y la preparación, el establecimiento y mantenimiento de un foco de trabajo, la cohesión del grupo y las reacciones de los miembros a los límites de tiempo del grupo.

terapia de pareja Forma de psicoterapia en que una pareja (casada, no casada o del mismo sexo) se reúne con uno o más terapeutas para trabajar en cualquier cantidad de problemas.

terapia de pareja con enfoque emocional (TEE) Forma de terapia de pareja que se basa en la suposición de que la angustia matrimonial es resultado de un afecto negativo y estilos de interacción destructivos. Las intervenciones de la TEE intentan cambiar los estilos de interacción y respuestas emocionales pro-

blemáticos de las parejas, de modo que pueda establecerse un lazo emocional más fuerte y seguro.

terapia familiar Forma de psicoterapia en que el terapeuta ve a varios miembros de una familia, además del paciente identificado. Esta modalidad de terapia se basa en la idea de que todos en una familia son afectados cuando un miembro desarrolla un problema, y que el ambiente hogareño puede haber contribuido al desarrollo del problema en primer lugar. Aunque hay una variedad de enfoques familiares teóricos, la generalidad comparte la meta principal de mejorar la comunicación dentro de la familia.

terapia familiar colaborativa Forma de terapia familiar donde cada miembro de la familia ve a un terapeuta diferente y éstos se reúnen de manera periódica para discutir a sus pacientes y a la familia en conjunto. Una variación de este enfoque es que varios terapeutas colaboradores trabajen con la misma familia.

terapia familiar concurrente Forma de terapia familiar en que un terapeuta ve a todos los miembros de la familia en sesiones individuales. En algunos casos, el especialista aplica una psicoterapia tradicional con el paciente principal y ve en forma ocasional a otros miembros de la familia.

terapia familiar conductual Enfoque de la terapia familiar que ve las relaciones familiares en función de contingencias de reforzamiento. Aquí, la función del terapeuta es generar un análisis conductual de los problemas familiares e inducir a los miembros de la familia a reforzarse entre sí a fin de incrementar la frecuencia de los comportamientos deseados. Un terapeuta enfocado de modo más cognitivo podría enseñar a cada familiar a supervisarse respecto de los comportamientos y patrones de pensamiento problemáticos y a desafiar sus interpretaciones de los acontecimientos familiares.

terapia familiar conjunta Modalidad de terapia familiar en que un terapeuta se reúne con toda la familia al mismo tiempo.

terapia matrimonial conductual (TMC) Forma de terapia de pareja que aplica principios del reforzamiento a las interacciones de una pareja. Los componentes principales de la TMC incluyen el contrato de contingencias, las técnicas de apoyo y comprensión y técnicas de solución de problemas.

Sitios web de interés

15-1 Asociación Estadounidense para la Terapia Matrimonial y Familiar (American Association for Marriage and Family Therapy)

www.aamft.org

15-2 Asociación para Especialistas en Trabajo en Grupo (Association for Specialists in Group Work)

http://coe.colstat.edu/asgw/

15-3 Asociación Internacional de Psicoterapia de Grupo (International Association of Group Psychotherapy)

www.psych.mcgill.ca/labs/iagp/IAGP.html

Especialidades en la psicología clínica

CAPÍTULO DIECISÉIS
Psicología comunitaria

CAPÍTULO DIECISIETE
Psicología de la salud y medicina conductual

CAPÍTULO DIECIOCHO
Neuropsicología

CAPÍTULO DIECINUEVE
Psicología forense

CAPÍTULO VEINTE
Psicologías pediátrica y clínica infantil



CAPÍTULO DIECISÉIS

Psicología comunitaria

PREGUNTAS PRINCIPALES

1. ¿Qué es único acerca de una perspectiva de psicología comunitaria?
2. ¿Qué factores históricos contribuyeron al movimiento de la psicología comunitaria?
3. Discuta los diversos tipos de prevención. ¿Cómo se realiza la investigación de la prevención?
4. ¿Cuáles son las principales formas de intervención utilizadas por los psicólogos comunitarios?
5. ¿Cuáles problemas es probable que enfrente el campo de la psicología comunitaria en el futuro?

RESEÑA DEL CAPÍTULO

Al menos desde la aparición del psicoanálisis, las profesiones de ayuda han buscado aliviar los problemas con una variedad de terapia u otra. Algunos enfoques han enfatizado el insight; otros han buscado cambiar el comportamiento en forma más directa. Cualesquiera que sean las diferencias en los enfoques, su foco común básico ha sido el individuo que ya ha desarrollado problemas psicológicos. En términos generales, la psicología clínica ha sido una psicología del individuo.

En el nivel teórico, los terapeutas han aceptado desde hace mucho tiempo la idea de que todo el comportamiento (patológico o diferente) es un producto conjunto de factores situacionales y personales. En sus esfuerzos terapéuticos diarios, los clínicos por lo general se interesaban en una terapia uno a uno de alguna clase. El individuo con problemas requiere la ayuda de un experto, y por este acto es sometido a la función de paciente. El clínico trata; el paciente responde. Sin embargo, dada la tasa de problemas de salud mental en el mundo hoy en día, algunos han cuestionado si este enfoque general es razonable. Para ellos, un enfoque relativamente nuevo, la *psicología comunitaria*, muestra una gran promesa para abordar problemas de salud mental.

Perspectivas e historia

Empezaremos intentando identificar con exactitud qué es la psicología comunitaria. Luego podremos pasar a los sucesos que hicieron surgir el movimiento. La tabla 16-1 presenta un conjunto de principios que caracterizan a la psicología comunitaria, incluyendo suposiciones con respecto a las causas de los problemas, la variedad de niveles de análisis que pueden utilizarse para definir un problema, dónde se practica la psicología comunitaria, cómo se planean los servicios, el énfasis en la prevención y la disposición de "regalar la psicología" al apoyarse con programas de autoayuda y personas que no son psicólogos. Expondremos cada uno de estos principios básicos en varios puntos a lo largo de este capítulo.

TABLA 16-1 Principios de psicología comunitaria

¿Qué causa los problemas?
Los problemas se desarrollan debido a una interacción a lo largo del tiempo entre el individuo, el escenario social y los sistemas (por ejemplo, organizaciones); éstos influyen unos en los otros.

¿Cómo se definen los problemas?
Los problemas pueden definirse en muchos niveles, pero se da relevancia al análisis del nivel de la organización y la comunidad o vecindario.

¿Dónde se practica la psicología comunitaria?
No se practica en clínicas, sino en el campo o en el contexto social de interés.

¿Cómo se planean los servicios?
En lugar de proporcionar servicios sólo para aquellos que buscan ayuda, los psicólogos comunitarios evalúan en forma proactiva las necesidades y riesgos en una comunidad.

¿Cuál es el interés en las intervenciones de la psicología comunitaria?
Se resalta la prevención de problemas, no el tratamiento de problemas existentes.

¿Quién está calificado para intervenir?
Se hacen intentos por compartir la psicología con otros por medio de la consulta; a menudo las intervenciones reales se realizan por medio de programas de autoayuda o de personas capacitadas que no son psicólogas ni profesionales.

Fuente: adaptado de Orford (1992), p. 4.

Perspectiva de la psicología comunitaria

La psicología comunitaria se ha descrito como un enfoque de la salud mental que subraya la función de las fuerzas ambientales en la creación y alivio de los problemas (Zax y Specter, 1974). Rappaport (1977) encuentra más útil hablar de la psicología comunitaria como una perspectiva en lugar de intentar una definición formal. Los aspectos principales de esta perspectiva son la relatividad cultural, la diversidad y la ecología (la correspondencia entre las personas y el ambiente).

Esta perspectiva comprende varios aspectos. Primero, los psicólogos comunitarios no deben interesarse en forma exclusiva en los ambientes o personas inadecuados. Más bien, deben dirigir su atención a la correspondencia entre ambientes y personas; una correspondencia puede ser buena o no. Segundo, deben recalcar la creación de opciones a través de la identificación y desarrollo de los recursos y ventajas de la gente y las comunidades. Por tanto, el foco está en la acción dirigida hacia las competencias de personas y ambientes en lugar de en sus deficiencias. Tercero, es probable que el psicólogo comunitario crea que son deseables las diferencias entre gente y comunidades. Los recursos sociales, por consiguiente, no deben asignarse de acuerdo con una norma de competencia. Los psicólogos comunitarios no se identifican con una norma social o valor único, sino que buscan la promoción de la diversidad.

En opinión de Rappaport (1977), tres conjuntos de preocupaciones definen la perspectiva de la psicología comunitaria: desarrollo de recursos humanos, actividad política y ciencia. En muchas formas, éstos son elementos antagónicos. Los activistas políticos a menudo se impacientan y se burlan de los clínicos más tradicionales señalando que brindan a la sociedad muy poco y fuera de tiempo. Los clínicos, a su vez, los tachan de poco profesionales y demasiado comprometidos con pregonar sus visiones del mundo. Ambos grupos a menudo ven a los científicos demasiado alejados de los problemas reales para saber lo que ocurre en el mundo (el síndrome de la "torre de marfil"). Los científicos, a su vez, están alarmados por activistas y clínicos por igual; ven a ambos como espantosamente dispuestos a actuar con base en corazonadas no validadas y falta de datos o, lo peor de todo, sin una teoría viable que los guíe. Sin embargo, los verdaderos cambios sociales con relación a la salud mental requerirán la cooperación de cada uno de estos "campos". Por ejemplo, los científicos deben proveer datos para apoyar y dirigir los esfuerzos de los clínicos y los activistas políticos, y éstos deben ayudarlos con financiamiento de modo que puedan realizar la investigación que se necesita. Después de todo, cada campo tiene la meta común del mejoramiento del bienestar y la salud mental para individuos, comunidades y la sociedad en su conjunto.

Sea lo que sea que pueda ser la psicología comunitaria, no es un campo que destaque un modelo de enfermedad o de tratamiento individual (Iscoe, 1982). El foco es preventivo en lugar de curativo. Además, se anima a individuos y organizaciones comunitarias a tomar el control y superar sus problemas (por medio de la habilitación), de modo que no sea necesaria la intervención profesional tradicional (Orford, 1992).

Cronología y sucesos catalizadores

En 1955, el Congreso de Estados Unidos aprobó una ley que creaba la Comisión Conjunta sobre Salud Mental y Enfermedad (Joint Commission on Mental Health and Illness). Su informe animaba al desarrollo de un concepto de salud mental comunitaria y exhortaba a una reducción de la población de los hospitales mentales. Con base en la premisa de que las condiciones ambientales adversas influyen en la angustia psicológica y el desarrollo de trastornos mentales, el presidente Kennedy hizo un llamado a un "nuevo enfoque intrépido" para *prevenir* el trastorno mental. El llamado Proyecto de Ley Kennedy de 1963 originó la construcción de centros de salud mental. Sus objetivos eran promover la detección temprana de problemas de salud mental, tratar trastornos agudos y establecer sistemas de suministro de servicios generales que prevendrían el "almacenamiento" de pacientes crónicos en hospitales mentales (Bloom, 1973). La Asociación Psicológica Estadounidense respaldó la conveniencia de la participación de los residentes de la comunidad en todas estas decisiones (Smith y Hobbs, 1966) y ayudó a centrar la atención en el concepto de enfoques y participación comunitarios.

FIGURA 16-1 Los presidentes John F. Kennedy y Lyndon B. Johnson contribuyeron a proporcionar el liderazgo político para poner en marcha el movimiento de la psicología comunitaria
Library of Congress.




Muchos consideran una conferencia llevada a cabo en 1965 como el nacimiento "oficial" de la psicología comunitaria (Zax y Specter, 1974). En Swampscott, Massachusetts, un grupo de psicólogos se propuso revisar el estado del campo y trazar un curso de desarrollo futuro para el lugar de la psicología en el movimiento de la salud mental comunitaria.

Poco después de esta conferencia, se organizó la División de Psicología Comunitaria dentro de la Asociación Psicológica Estadounidense. Pronto comenzó la publicación de *The Community Mental Health Journal* y *American Journal of Community Psychology*. Empezaron a aparecer libros de texto, incluyendo los de Zax y Specter (1974), Heller y Monahan (1977), Rappaport (1977), Mann (1978), Heller, Price, Reinharz, Riger y Wandersman (1984) y, en fechas más recientes, Orford (1992), Duffy y Wong (1996), y Levine y Perkins (1997). Empezaron a aparecer revisiones en forma regular en el *Annual Review of Psychology*, y se han publicado manuales (por ejemplo, Rappaport y Seidman, en prensa; Schulberg y Killelea, 1982). Se han establecido cursos de psicología comunitaria y programas de enseñanza de posgrado, e incluso ahora hay libros sobre la historia de la salud mental comunitaria.

Para completar la cronología anterior, será útil precisar varios problemas o preocupaciones que han catalizado el surgimiento de la psicología comunitaria.

Instalaciones de tratamiento. Aunque la población de los hospitales mentales en Estados Unidos llegó a un máximo de cerca de 500 000 a mediados de los años cincuenta, los clínicos de orientación social continuaron presionando por opciones a la hospitalización costosa, ineficiente y con frecuencia de mucha custodia de los pacientes. Tres factores se combinaron más o menos en esta época para reducir en forma notoria la población de los hospitales mentales: el advenimiento de los medicamentos psicotrópicos, una filosofía de altas más liberal y mejor tratamiento en hospitales mentales. Pero mientras más pacientes eran dados de alta, con frecuencia bajo una fuerte medicación, y mientras los sujetos que antes habrían sido hospitalizados ya no eran admitidos, se hizo evidente la necesidad de mejor tratamiento comunitario y servicios de apo-

yo. En cierta forma una causa y en otra un efecto de estos acontecimientos, la filosofía comunitaria comenzaba a ganar una posición.

Un problema con muchos hospitales mentales era su falta de terapeutas capacitados. Considerada por las personas legas como un medio realista para resolver problemas emocionales difíciles, la hospitalización con frecuencia creaba casi tantos problemas como los que aliviaba. A lo largo de los años, los hospitales mentales (en particular los administrados por los estados) con demasiada frecuencia llegaron a ser almacenes o compartimientos de custodia. La atención a menudo era marginal y algunas veces absolutamente inhumana. Había una carencia severa de personal profesional en cantidad y algunas veces en calidad. En efecto, muchos aún sostienen (y han demostrado de manera empírica) que la hospitalización no es una estrategia de tratamiento especialmente efectiva.

Escasez de personal. Aun cuando fueran capacitados más psicólogos clínicos y psiquiatras, la demanda de sus servicios sobrepasa a su incremento en cantidad. Muchos de los recién llegados ingresaron a la práctica privada y otros se desviaban a la enseñanza o la investigación. En cualquier caso, el suministro de profesionales capacitados para el servicio en hospitales y clínicas no podía mantener el ritmo de la demanda. Diversas tendencias (Albee, 1959, 1968; Arnhoff, 1968) parecieron unirse a fin de producir una escasez crítica de personal para hospitales y clínicas. Para intentar resolver esta escasez, se hizo imperativo buscar nuevas fuentes de personal, usar con más eficiencia el tiempo de los profesionales y desarrollar nuevos modelos de afrontar los problemas humanos. Albee (1959, 1968) predijo que sería casi imposible capacitar suficientes profesionales de la salud mental para satisfacer las necesidades existentes y futuras, y recomendó buscar la prevención como estrategia.

Preguntas acerca de la psicoterapia. En los años cincuenta, la gente empezó a cuestionar no sólo la eficiencia de la psicoterapia sino también su efectividad. Algunos comenzaron a preguntarse si no sólo eran los factores intrapsíquicos los que creaban los problemas, sino la interacción entre la persona y la sociedad. Al mismo tiempo, debido a que la psicoterapia era cara y cada vez más clínicos y psiquiatras se dedicaban a la práctica privada, los factores económicos fueron empujando a la terapia fuera del alcance de los pobres y los desfavorecidos. La relación entre la enfermedad mental y la clase social ha sido documentada por Hollingstead y Redlich (1958). Ahora, al parecer, también había una relación entre la clase social y la disponibilidad de la psicoterapia.

Modelos y funciones médicos. A lo largo de este libro hemos comentado el papel extendido del modelo médico y algo del descontento con éste. La década de los sesenta se anunció en un clima en que las prerrogativas institucionales y las creencias tradicionalistas estaban bajo ataque. Ese clima produjo oyentes que estaban más dispuestos a aceptar ataques a las opiniones tradicionales acerca de la enfermedad mental. Todo esto contribuyó a un incremento en la tendencia a buscar los antecedentes sociales comunitarios de los problemas en la vida, en lugar de agentes biológicos internos o etiológicos psicológicos.

El activismo general en los sesenta también catalizó el descontento de muchos años de una gran cantidad de clínicos con una función que los relegaba a esperar que las víctimas de la sociedad entraran por la puerta. ¿Una función activista que llevara los servicios de salud mental a las personas estaría en mayor consonancia con un modelo social comunitario? De ser así, dicha función también proporcionaría cierta autonomía del dominio de la profesión médica. Sin embargo, no debemos exagerar estos avances. Después de todo, una tendencia actual importante en la psicología clínica ha sido una afluencia precipitada hacia la práctica privada. Es difícil que dicho comportamiento sea un rechazo del modelo médico o una aceptación del enfoque social comunitario.

Ambiente. Otra fuerza que ayudó a moldear el movimiento de la psicología comunitaria fue una mayor conciencia de la importancia de los factores sociales y ambientales en la determinación del comportamiento y problemas de la gente. Se comenzaba a reconocer que la pobreza, la discriminación, la contaminación y el hacinamiento eran factores potentes. Proporcionar opciones a las personas y mejorar su bienestar requería que los psicólogos pusieran atención a estos factores, que iban más allá de una consideración reflexiva de

los determinantes de la infancia temprana de las personalidades de la gente. Los problemas emocionales de grandes cantidades de personas pueden ser influidos por la pobreza, el desempleo, la discriminación laboral, el racismo, la disminución de las oportunidades educativas, el sexismo y otros factores sociales. Difícilmente estas influencias son las propuestas por las teorías psicoanalíticas y otras teorías que buscan respuestas en la dinámica interna.

El curso de los tiempos. Quizá más que nada, los acontecimientos sociopolíticos que saturaron los años sesenta dieron sustento al enfoque comunitario. La desegregación escolar ordenada por la Suprema Corte en 1954 y el surgimiento del movimiento de los derechos civiles señalaron a la discriminación en todas sus formas malignas y elevaron la conciencia del país. Por primera vez, muchos comenzaron a entender qué hace la represión social a las mentes y emociones de sus víctimas. Al mismo tiempo, los activistas de los derechos civiles demostraron que las protestas, los mítines, la presión y en ocasiones incluso la lógica podían tener un efecto. Las lecciones de esta era no se perdieron en algunas de las personas que más tarde se volvieron defensoras del enfoque comunitario para la salud mental.

Conceptos clave

Hasta este punto, hemos tratado de bosquejar una perspectiva y cronología generales de la psicología comunitaria. En el proceso, hemos aludido a varios conceptos importantes. Ahora, siguiendo el análisis de Rappaport (1977), veremos con más detenimiento algunos de estos conceptos.

Concepto de salud mental comunitaria

La Comisión Conjunta sobre Salud Mental y Enfermedad de 1955 hizo varias recomendaciones básicas que establecieron el tono para el desarrollo subsiguiente de la psicología comunitaria; un tono que todavía resuena acorde con las presiones políticas y financieras a lo largo de la nación. Estas recomendaciones fueron 1) más y mejor investigación de los fenómenos de salud mental, 2) una definición más amplia de quién puede proporcionar servicios de salud mental, 3) que los servicios de salud mental debían ponerse a disposición de la comunidad, 4) que debía fomentarse la conciencia de que la enfermedad mental puede surgir de factores sociales (como el ostracismo y el aislamiento) y 5) que el gobierno federal debía apoyar estas recomendaciones desde el punto de vista financiero.

En 1963 se proporcionaron fondos federales para ayudar en la construcción y dotar de personal a centros de salud mental generales a lo largo de Estados Unidos. A fin de calificar para estos fondos, un *centro de salud mental comunitario* tenía que proporcionar cinco servicios esenciales: 1) atención a pacientes hospitalizados, 2) atención a pacientes externos, 3) hospitalización parcial (por ejemplo, el sujeto trabaja durante el día pero regresa al hospital en la noche), 4) servicio de urgencias las 24 horas del día, y 5) servicios de consulta a una variedad de personal profesional, educativo y de servicio en la comunidad. Fuera de estos servicios requeridos, se esperaba que los centros de salud mental también proporcionarían 1) servicios de diagnóstico, 2) servicios de rehabilitación, 3) investigación, 4) capacitación y 5) evaluación. Pero a pesar de la descripción de Hobbs (1964) de una "tercera revolución" en la salud mental, el modelo médico todavía prevaleció (quizá debido a que los psiquiatras permanecieron en la cúspide de la jerarquía administrativa) y al parecer continúa descuidándose a los pacientes minoritarios, a los individuos afectados por la pobreza e incluso a los niños.

En un artículo muy influyente, Smith y Hobbs (1966) afirmaron que era esencial el control comunitario de la atención y los servicios de salud mental. Veían como lo más importante la función de la prevención. Esto representaba la detección temprana y el trabajo con escuelas, departamentos de policía, oficinas de servicio social, empresas y otras organizaciones. La idea de la deficiencia personal fue reemplazada por la opinión de que el sistema social no había proporcionado un ambiente apropiado. Así pues, un centro de salud mental comunitario no sólo debe establecerse para remediar deficiencias individuales, sino que debe hacer todo lo posible para permitir que el sistema funcione mejor. Se

dio prominencia a la consulta, así como al desarrollo de nuevos recursos comunitarios. Algunos rebasaron a Smith y Hobbs e incluso afirmaron que el centro debería ser el coordinador central de los sistemas sociales en la comunidad. La meta era alcanzar a los que necesitaran servicios, y en particular a los que con suma frecuencia eran excluidos de los servicios (los pobres, los indigentes, las minorías). Se alentaron nuevos métodos para satisfacer las necesidades de salud mental (como la intervención en crisis y el tratamiento de grupo). La defensa de los programas de acción social para mejorar la vivienda, el empleo y las oportunidades tomaron prioridad sobre la sesión de terapia uno a uno. La función del terapeuta fue reemplazada por la de agente de cambio social.

Muchos de estos antecedentes tenían un tono idealista. No obstante, en los años sesenta muchos centros comunitarios entraron en operación. Algunos se aproximaban a las esperanzas de Smith y Hobbs; otros se amoldaban más a los enfoques clínicos antiguos aun cuando usaban un lenguaje comunitario. Algunos han sido empresas que funcionan de manera normal, pero otros han creado tensiones y controversias en la comunidad. Por muchas razones (incluyendo recortes en el financiamiento federal que comenzaron en 1968), la meta de establecer 2 000 centros para 1975 no se cumplió. De hecho, para 1974 sólo se habían establecido 540 con fondos de la Ley de Centros de Salud Mental Comunitaria (Community Mental Health Centers Act). A pesar de las recomendaciones de la Comisión de Salud Mental (Commission on Mental Health) del presidente Carter en 1978 de que debería ponerse más énfasis en "servir a los que no son servidos" (niños, ancianos, minorías étnicas y habitantes rurales), se asignaron menos fondos a centros de salud mental comunitaria en los años subsiguientes. Los gobiernos estatales y locales no llenaron los huecos financieros. En la actualidad, hay alrededor de 1 500 centros de salud mental comunitaria en Estados Unidos, todavía muy lejos de la meta establecida hace varias décadas.

Concepto de prevención

La idea de *prevención* es el principio rector que desde hace mucho está en el núcleo de los programas de salud pública en Estados Unidos. De manera básica, el principio afirma que, a la larga, las actividades preventivas serán más eficientes y efectivas que el tratamiento individual administrado después del inicio de las enfermedades o problemas (Felner, Jason, Moritsugu y Farber, 1983). Price, Cowen, Lorion y Ramos-McKay (1988) ilustran gráficamente que estos enfoques pueden funcionar. Su libro, *Fourteen Ounces of Prevention*, describe 14 modelos de programas de prevención para niños, adolescentes o adultos. El recuadro 16-1 resume uno de estos programas dirigido a preescolares de familias de bajos ingresos.

También se han desarrollado y puesto en práctica programas de prevención para adultos. El recuadro 16-2 sintetiza el programa JOBS, diseñado para asistir a los adultos que han perdido recientemente su empleo.

Prevención primaria. Este tipo de prevención representa la desviación más radical de las formas tradicionales de afrontar los problemas de salud mental. La esencia de la noción de la *prevención primaria* puede verse en el interés de Caplan (1964) en "contrarrestar las circunstancias perjudiciales antes de que hayan tenido oportunidad de producir enfermedad" (p. 26). Albee (1986) señala que la complejidad de los problemas humanos a menudo requiere estrategias preventivas que dependen del cambio social y la redistribución del poder. Para muchos en la sociedad, éste no es un prospecto muy agradable. Algunos ejemplos de prevención primaria incluyen programas para reducir la discriminación laboral, mejorar los planes de estudio escolares, mejorar la vivienda, enseñar habilidades de crianza de los hijos y proporcionar ayuda a niños de hogares con un solo padre. También se agrupan bajo este encabezado la consejería genética, el programa Head Start, la atención prenatal para mujeres en desventaja, el programa Meals on Wheels y los programas de almuerzos escolares. El recuadro 16-3 presenta los resultados de un metaanálisis reciente que evaluó la eficacia de los programas de prevención primaria para la salud mental para niños y adolescentes (Durlak y Wells, 1997).

Prevención secundaria. Ésta abarca programas que promueven la identificación temprana de problemas de salud mental e impulsan el tratamiento de los problemas en una etapa temprana

RECUADRO 16-1

Prevención: programa Preescolar Perry de Largo Alcance (High/Scope)

El Programa Preescolar Perry de Largo Alcance (High/Scope Perry Preschool Program; HSPPP) se inició en 1962 para ayudar a los niños considerados en riesgo de fracaso escolar y miles de maestros de primera enseñanza usan su currículum en la actualidad (Schweinhart y Weikart, 1988). Basado en el fundamento de que la pobreza en la infancia a menudo conduce al fracaso escolar, el cual a su vez genera pobreza y problemas sociales (como el crimen) en la edad adulta, el HSPPP estaba dirigido a intervenir en niños de tres y cuatro años provenientes de familias de posición socioeconómica (PSE) baja. Estas intervenciones se caracterizaban por

1. Un programa de estudios apropiado para el desarrollo, basado en las opiniones de Piaget de los niños como aprendices activos y con iniciativa propia.
2. Límites de inscripción en el salón de clases con supervisión adulta adecuada (al menos dos adultos que tuvieran capacitación en desarrollo infantil inicial).
3. Apoyo de supervisión del personal y frecuentes oportunidades de capacitación en el servicio.
4. Énfasis en la participación de los padres en la educación de cada niño.
5. Sensibilidad a las necesidades de los niños y sus familias (Schweinhart y Weikart, 1988).

Los 58 niños, de tres a cuatro años, en el grupo de intervención del estudio preescolar Perry asistieron al programa durante dos años, los cuales incluyeron instrucción en el aula cinco mañanas a la semana durante siete meses al año y visitas al hogar por el maestro una vez a la semana. También se recopilaron datos de resultados de un grupo control de 65 niños igualados respecto al CI, sexo y PSE. Los principales hallazgos de este estudio pueden resumirse como sigue (Schweinhart y Weikart, 1988):

1. Los participantes en el programa demostraron mejor rendimiento académico a lo largo de la escuela elemental y secundaria, fueron estimados por los maestros como más maduros desde el punto de vista social y emocional, y tenían actitudes más favorables hacia el bachillerato.
2. Los participantes en el programa como grupo obtuvieron más y mejores empleos, y recibían salarios más altos a la edad de 19 años. Además, tuvieron mayor probabilidad de mantenerse, menor probabilidad de ser expulsados del bachillerato, menor probabilidad de ser arrestados y mayor probabilidad de inscribirse en la universidad o en una escuela vocacional.
3. Un análisis de costo-beneficio del programa indicó beneficios significativos para la sociedad y el contribuyente. Por cada dólar invertido en el programa de dos años, se devolvieron tres dólares en ahorros. Por ejemplo, el programa dio como resultado una reducción de los costos por clases especiales, beneficencia y crimen.

de modo que no se desarrollen los trastornos mentales. La idea básica de la *prevención secundaria* es atacar los problemas mientras todavía son manejables, antes de que se vuelvan resistentes a la intervención (Caplan, 1961; Sanford, 1965). A menudo este enfoque sugiere la selección de grandes cantidades de personas. Estas personas no están buscando ayuda y ni siquiera pueden parecer estar en riesgo. Una variedad de personal de servicios comunitarios puede realizar esta selección, incluyendo médicos, profesores, clérigos, policías, funcionarios de los tribunales, trabajadores sociales y otros. La evaluación inicial, por supuesto, es seguida por las referencias apropiadas.

Un ejemplo de prevención secundaria es la detección temprana y tratamiento de los individuos con problemas con la bebida que son potencialmente perjudiciales (Alden, 1988). Un ejemplo más es el Proyecto Rochester de Salud Mental Primaria (Rochester Primary Mental Health Project) iniciado por Emory Cowen, el cual comenzó en 1957.

RECUADRO 16-2

Programa JOBS

La pérdida del empleo puede conducir a diversos problemas, incluyendo depresión, abuso de sustancias, problemas de salud, conflicto familiar, suicidio y presión financiera (Caplan, Vinokur y Price, 1997). Es claro que los programas que ayudan a los individuos a manejar esta transición difícil y los ayudan a obtener un nuevo empleo serán benéficos. Caplan y colaboradores (1997) proporcionan un panorama y evaluación de una intervención así: el programa JOBS.

El programa JOBS se administra en un formato de grupo y comprende varias sesiones de 3.5 horas durante una o dos semanas. Se centra en 1) capacitar a los participantes para buscar su reempleo en forma efectiva (por ejemplo, capacitación en habilidades conductuales como realizar una entrevista efectiva); 2) incrementar la confianza en sí mismos de los buscadores de empleo; y 3) entrenamiento para la inoculación contra el estrés para afrontar las barreras para el reempleo y los contratiempos. Los estudios han mostrado que los participantes en el programa JOBS que todavía estaban desempleados, en el seguimiento demostraron niveles más altos de confianza en sí mismos acerca de su capacidad de búsqueda de empleo y mayor sensación de autoeficacia que aquellos que no participaron y seguían desempleados. Además, entre aquellos con mayor riesgo de depresión, los participantes en el JOBS demostraron niveles inferiores de síntomas depresivos en el seguimiento. Resultados adicionales también son notables. Los participantes en el JOBS encontraron reempleo más pronto y tuvieron mayor probabilidad de obtener empleos mejores (es decir, en su campo de interés) y más estables que quienes no participaron. Por último, el programa JOBS parece tener una buena relación costo-beneficio. Las proyecciones económicas sugieren que los costos del programa son compensados por los pagos por ingresos a los gobiernos federal y estatal (por medio de impuestos) durante toda la vida de los participantes.

RECUADRO 16-3

Programas de salud mental de prevención primaria para niños y adolescentes

Durlak y Wells (1997) publicaron hace poco una revisión metaanalítica de 177 programas de prevención primaria diseñados para prevenir problemas conductuales, emocionales y sociales en niños y adolescentes. Encontraron que estos programas, en promedio, produjeron efectos positivos significativos como que el participante promedio en un programa de prevención primaria mostró un resultado mejor (más adaptativo) que de 59 a 82% de aquellos que estaban en un grupo control. La mayor parte de los programas de intervención no sólo redujeron problemas, sino también incrementaron en forma significativa competencias a lo largo de diversos dominios afectivos y emocionales, cognoscitivos, académicos y conductuales. Por último, Durlak y Wells hallaron que, en general, en los estudios que recolectaron datos de seguimiento estos efectos fueron duraderos. Este estudio demuestra que una amplia gama de programas de prevención primaria funciona; es decir, la salud mental de los niños y adolescentes mejora significativamente como resultado de estos programas.

El proyecto examina en forma sistemática a niños de primaria en riesgo de desadaptación escolar. Cowen, Hightower, Johnson, Sarno y Weissberg (1989) han descrito el desarrollo de programas de detección temprana y prevención en varios estados de la Unión Americana.

Prevención terciaria. La meta de la *prevención terciaria* es reducir la duración y los efectos negativos de los trastornos mentales después de su ocurrencia. Por tanto, difiere de la prevención primaria y secundaria en que su objetivo no es reducir la tasa de casos nuevos de trastornos mentales, sino los efectos de los trastornos mentales una vez diagnosticados.

Un foco importante de muchos programas terciarios es la rehabilitación. Ésta puede abarcar desde el incremento de la competencia vocacional hasta reforzar el autoconcepto del cliente. Los métodos utilizados pueden ser consejería, capacitación laboral y procedimientos similares. Ya sea que el propósito de un programa sea enseñar mejores habilidades de vida independiente a sujetos con retardo mental o restaurar las habilidades sociales de un paciente recién dado de alta con diagnóstico de esquizofrenia, la meta es la prevención de problemas adicionales. Aunque su lenguaje es un poco diferente, los programas preventivos terciarios no son muy distintos de los programas orientados a la persona basados en una filosofía de deficiencia. Sin embargo, es importante recordar que todas las formas de prevención se distinguen por sus intentos de reducir las tasas de trastornos mentales, o los problemas asociados con ellos, en toda la comunidad (o población).

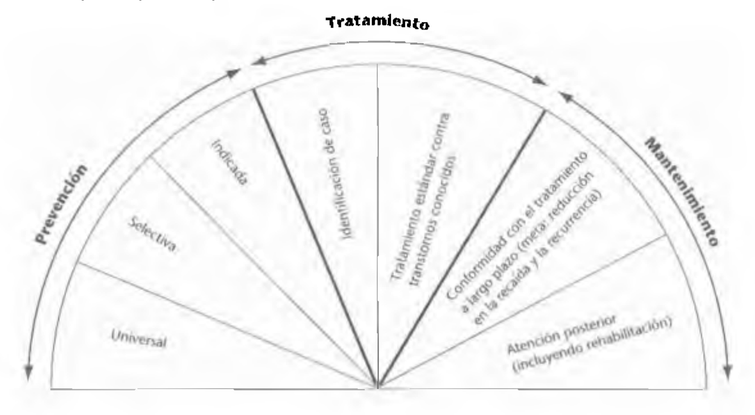
Modelos alternativos de prevención. Aunque el modelo de prevención primaria-secundaria-terciaria tradicional (Caplan, 1964) es el que se cita con mayor frecuencia, se han propuesto estructuras de clasificación alternativas (Orford, 1992). Como un ejemplo, expondremos en forma breve una estructura para prevenir trastornos mentales propuesta en el reporte de 1994 del Instituto de Medicina (Institute of Medicine; IOM), *Reducing Risks for Mental Disorders*. Este modelo adopta términos propuestos por R. Gordon (1983, 1987) y clasifica la intervención de prevención en uno de tres tipos. *Intervenciones preventivas universales* dirigidas a toda la población; estas intervenciones pueden ser costosas debido a que se dan a todos. *Intervenciones preventivas selectivas* dirigidas a individuos o subgrupos de la población que tienen una probabilidad mayor que el promedio de desarrollar el trastorno en cuestión (ya sea en el futuro próximo o distante). Estos individuos a los que se dirige son identificados con base en factores de riesgo biológicos, psicológicos o sociales que han mostrado estar asociados con el desarrollo del trastorno. Por último, *intervenciones preventivas indicadas* dirigidas a individuos de "alto riesgo", identificados por su manifestación de síntomas del trastorno por debajo del umbral o por marcadores biológicos que indican una predisposición a desarrollarlo.

El valor de este modelo es que coloca a la prevención, el tratamiento del trastorno mental y el mantenimiento en un continuo que representa la gama completa de intervenciones para los trastornos mentales. La prevención ocurre antes de que se desarrolle un trastorno; el tratamiento se administra a los que satisfacen (o están cerca de satisfacer) criterios diagnósticos para cierta condición, y el mantenimiento representa intervenciones en individuos con un diagnóstico de trastorno mental cuya enfermedad continúa justificando la atención (IOM, 1994). La figura 16-2 describe la conceptualización del IOM del espectro de intervención para los trastornos mentales.

Investigación de la prevención. La planeación, elaboración y evaluación de programas de prevención es un proceso de múltiples etapas que requiere años de tiempo de los psicólogos comunitarios. Para guiar a los investigadores de la prevención, el IOM (1994) recomienda una serie de pasos que se centran en la conceptualización, diseño, puesta en práctica y evaluación de los programas de investigación de la intervención para la prevención (Fig. 16-3). Primero, especificar con claridad el problema o trastorno que abordará el programa, junto con su frecuencia, incidencia y costo para la sociedad. A continuación, se identifican los factores de riesgo y protectores relevantes para el problema o trastorno, y se revisa la investigación existente sobre la prevención o tratamiento de la condición. Tercero, se diseñan y realizan estudios piloto para evaluar la eficacia de la intervención planeada. El cuarto paso se refiere a la planeación y realización de pruebas a gran escala del programa de intervención. Por último, suponiendo que las pruebas produjeron resultados alentadores, el programa se pone en práctica en la comunidad y se evalúa de nuevo su efectividad. Como puede

FIGURA 16-2 La prevención en un continuo de servicios que abordan las necesidades de la salud mental

Fuente: IOM (1994). *Summary: Reducing risks for mental disorders.* Washington, DC: National Academy Press, p. 8. Reimpreso con autorización.



verse en la figura 16-3, este último paso no marca el final del proceso. Más bien, la información respecto de la efectividad de la intervención en la comunidad (¿conduce a una disminución en la incidencia del problema o trastorno?) lleva a la modificación de la intervención y los pasos se repiten. De esta manera, los programas de prevención se refinan con la meta última de mejorar su efectividad.

Habilitación

En su exposición de la pobreza, Gurin y Gurin (1970) subrayan la importancia de una expectativa baja de lograr las metas valoradas y una expectativa de impotencia. Estas nociones se relacionan muy de cerca con el concepto del aprendizaje social del locus de control (Phares, 1976; Rotter, 1966). Como señala Rappaport (1977):

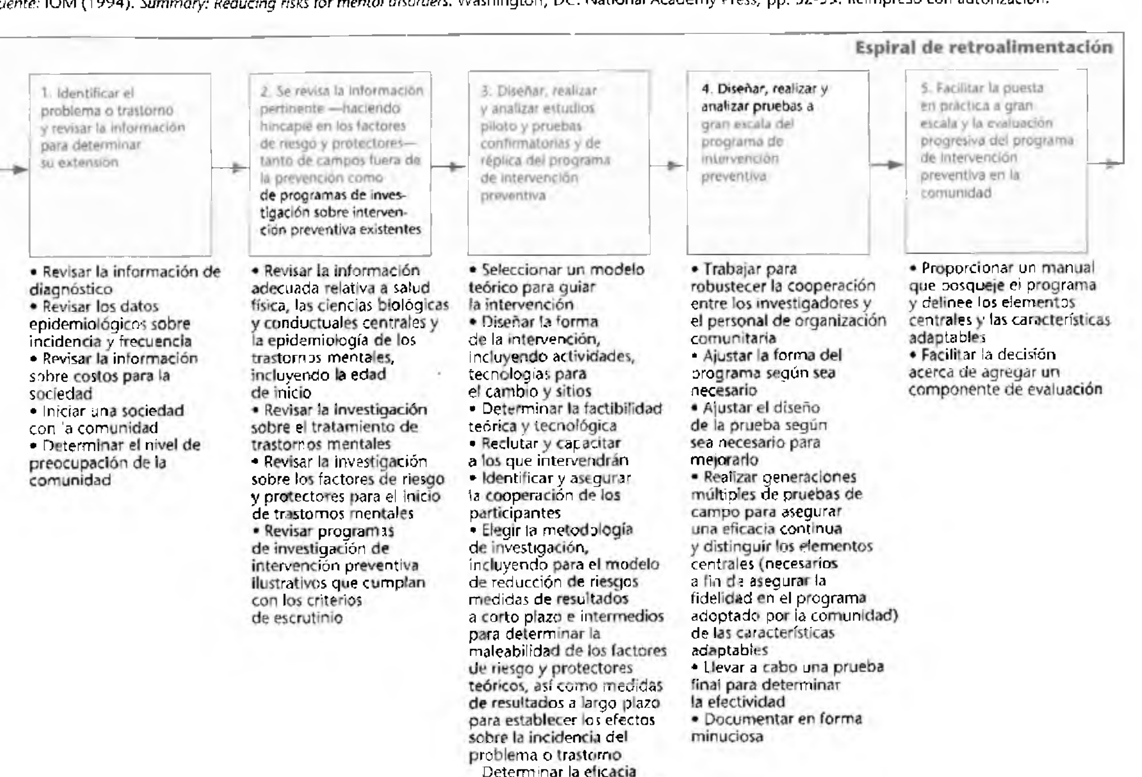
> Lo que es importante sobre esta variable para la psicología comunitaria es su conexión con la idea sociológica del poder y su opuesto, la enajenación. El locus de control es una de las pocas variables en la ciencia social que pueden mostrar tener una relación consistente que vincula a la investigación a lo largo de los niveles de análisis. (p. 101)

Para Rappaport (1981), una meta importante de la psicología comunitaria es la prevención de sentimientos de impotencia. No es fácil lograr esta meta de *habilitación* y los psicólogos comunitarios no han sido tan exitosos como les habría gustado (Heller, 1990). Gesten y Jason (1987) cuestionan si alguno de los métodos únicos se ha elaborado fuera del concepto de habilitación. Aun así, Rappaport (1981) afirmaba en un principio que las estrategias para reforzar la sensación de las personas de que controlan su destino son preferibles incluso para enfoques de prevención o tratamiento. Los ejemplos de intentos de reforzar los sentimientos de control varían de la reducción del abuso infantil y conyugal a la erradicación de la explotación de las mujeres, trabajadores migratorios y ancianos, o a la disminución del prejuicio contra los discapacitados y los enfermos mentales.

Aunque al principio hizo chocar a los enfoques de habilitación y prevención, parece que Rappaport (1987) ha templado su postura en fechas más recientes. Ahora admite la posibilidad de que las intervenciones de prevención puedan ser consistentes con la habilitación (en lugar de

FIGURA 16-3 Pasos recomendados para el diseño, puesta en práctica y evaluación de programas de prevención

Fuente: IOM (1994). *Summary: Reducing risks for mental disorders.* Washington, DC: National Academy Press, pp. 32-33. Reimpreso con autorización.



ser opuestas a ella). Sin embargo, para que se realice esta posibilidad, las intervenciones preventivas deben ser en colaboración y suministradas de una manera que evite el estilo paternalista que caracteriza a algunas interacciones tradicionales entre terapeuta y cliente (Felner y cols., 1983).

Conceptos de intervención social

La estrategia convencional de intervención siempre ha significado que uno logra una buena salud sólo por medio de esfuerzos propios, y que cuando esos esfuerzos fallan y ocurre una mala salud, uno visita un centro de salud mental general en busca de ayuda clínica. Pero el psicólogo comunitario busca reestructurar las funciones y organizaciones sociales. Por ejemplo, para reducir los problemas creados por el crimen y la delincuencia, estos especialistas buscan cambiar las instituciones y organizaciones sociales para poner las ventajas y recursos a disposición de criminales y delincuentes potenciales.

En tales estrategias de intervención social está inherente la idea de que cuando se da a los individuos los recursos o alternativas necesarios, ellos solucionarán sus problemas. También está inherente la creencia de que las personas tienen competencias y virtudes. Cuando se altera el ambiente o cuando se permite a las personas ejercer el poder para tomar sus decisiones, estas virtudes y competencias se harán evidentes. Este interés en las competencias y no en las deficiencias permite al psicólogo comunitario moverse hacia la creación de una correspondencia apropiada entre la persona y el ambiente, en lugar de cambiar a las personas afectadas de modo que encajen en el ambiente apropiado determinado por los valores de la mayoría.

Culpar a la víctima. El contraste entre culpar a la víctima o al sistema ilustra muy bien las nociones que han dado surgimiento a la estrategia de intervención social. En un libro muy influyente, Ryan (1971) afirmó que la sociedad ve a quienes tienen desventajas económicas, a los que abandonan la escuela, a los drogadictos o a los desempleados como fracasos individuales cuya curación requerirá programas remediales de lectura, consejo contra las drogas, etcétera. De acuerdo con Ryan, la sociedad omite el mensaje real, el cual son los ambientes sociales malos. Sus problemas no son clínicos; son sociales comunitarios.

¿Por qué somos tan propensos a responsabilizar a individuos que están en desventaja en lugar de la sociedad o el ambiente? Caplan y Nelson (1973) citan varias razones:

- Tales explicaciones eximen de culpa al gobierno y a las instituciones culturales.
- Las instituciones, por consiguiente, no pueden considerarse responsables de "solucionar" el problema.
- Responsabilizar a los individuos da cierto grado de legitimidad a los intentos de intervenir en el nivel de la persona (como es común en la psicología clínica tradicional).

Caplan y Nelson (al igual que otros) esperan resaltar estos factores, los cuales pueden servir para influir en la forma en que conceptualizamos la causa o causas de los problemas sociales. Como resultado, podemos ser más capaces de resistir la tentación de "culpar a la víctima" cuando no se justifica.

El foco en las estrategias de intervención. Una manera de comparar las orientaciones clínica tradicional y comunitaria es enfocándose en las estrategias de intervención. Tales estrategias, según Heller, Price, Reinharz, Riger y Wandersman (1984), pueden variar a lo largo de dos dimensiones: teórica (deficiencia frente a competencia) y ecológica (el individuo, la organización o la comunidad). La tabla 16-2 resume cómo operan estas dimensiones.

Métodos de intervención y cambio

Ahora pondremos nuestra atención en los métodos de intervención. Aquí nuestro foco serán las formas en las que se suministra el servicio.

Consulta

¿Qué es *consulta*? Orford (1992) ofrece la siguiente definición:

> La consulta es el proceso por el que un individuo (el que hace la consulta) que tiene la responsabilidad de proporcionar un servicio

TABLA 16-2 Estrategias para el cambio determinadas por la orientación teórica y el nivel de análisis

	Nivel de análisis		
Orientación teórica	*Individual*	*Organizativo*	*Comunitario*
Deficiencia	Terapias somáticas para corregir desequilibrios bioquímicos o fisiológicos	Psicoterapia de grupo o entrenamiento de la sensibilidad para corregir problemas interpersonales	Institucionalización o instalaciones especiales construidas para los incapacitados o los perturbados emocionales
Competencia	La mayor parte de las formas de terapia del comportamiento, en particular el entrenamiento de habilidades	Entrenamiento y consulta para incrementar las competencias laborales de los integrantes de la organización	Creación de escenarios nuevos y programas alternativos
	Programas de prevención para personas de alto riesgo	Programas de prevención para reducir el estrés en la organización e incrementar el afrontamiento	Programas de prevención comunitarios para reducir el estrés ambiental e incrementar las competencias ciudadanas

Fuente: adaptado de *Psychology and Community Change: Challenges of the Future,* de K. Heller, R. H. Price, S. Reinharz, S. Riger y A. Wandersman. Derechos reservados © 1984 por Kenneth Heller. Reimpreso con autorización del editor, Brooks/Cole Publishing Company, una división de Wadsworth, Inc.

a otros (los clientes) consulta en forma voluntaria a otra persona (el consultor) que se cree posee alguna experiencia especial que ayudará al que consulta a proporcionar mejor servicio a sus clientes. (p. 139)

En un mundo en que escasea el personal de salud mental, la ventaja básica de la consulta es que sus efectos se multiplican como las ondas de una piedra lanzada a un estanque. Mediante técnicas individuales de intervención, el especialista en salud mental sólo alcanza un número muy limitado de clientes. Pero al ser consultor de otros proveedores de servicios, como maestros, policías y ministros, puede alcanzar a muchos más clientes en forma indirecta (Orford, 1992).

La consulta puede verse desde diversas orientaciones, cada una de las cuales surge de una perspectiva histórica un poco diferente (Brown y Schulte, 1987; Heller, Price, Reinharz, Riger y Wanderman, 1984; Nietzel, Winett, MacDonald y Davidson, 1977; Orford, 1992). Primero, hay una consulta de salud mental. Ésta nació de la tradición psicoanalítica y psicodinámica. A menudo se practicaba en áreas rurales o subdesarrolladas donde había escasez de personal de salud mental. La consulta se volvió un modo de usar al personal comunitario existente (como maestros o ministros) para ayudar a resolver los problemas de salud mental de dichas áreas. Una segunda orientación se desarrolló a partir de la tradición conductual. A fin de poner en práctica la tecnología de la modificación del comportamiento que había sido muy exitosa en escenarios de laboratorio, era necesario moverse a situaciones de la vida real. Para esto, se tenía que capacitar a las personas en el ambiente del paciente (como el hogar o la escuela) a fin de que aplicaran en forma apropiada los reforzamientos para el comportamiento deseado. La consulta se volvió un medio de proporcionar dicho entrenamiento. La tercera orientación es organizativa y hace hincapié en la consulta a la industria. Los especialistas trabajan con la administración o con líderes de grupos de trabajo para mejorar la moral, la satisfacción laboral y la productividad o reducir la ineficiencia, el ausentismo, el alcoholismo u otros problemas.

Tipos de consulta de salud mental. Los enfoques para la consulta de salud mental pueden clasificarse en muchas formas. Quizá la clasificación más aceptada sea la de Caplan (1970), que incluye las siguientes categorías:

1. *Consulta de caso centrada en el cliente.* Aquí el foco está en ayudar a un cliente o paciene específico a solucionar un problema actual. Por ejemplo, podría pedirse a un clínico que consultara con un colega sobre un problema de diagnóstico referente a determinado paciente.
2. *Consulta de caso centrada en el que hace la consulta.* En este caso, el objetivo es ayudar al que hace la consulta a robustecer las habilidades que necesita a fin de tratar casos futuros. Por ejemplo, podría asesorarse a un maestro sobre cómo reforzar en forma selectiva el comportamiento a fin de reducir las perturbaciones en clase.
3. *Consulta administrativa centrada en un programa.* La idea aquí es asistir en la aplicación o manejo de un programa en particular. Por ejemplo, podría contratarse a un consultor para que establezca un "sistema de advertencia temprana" en las escuelas a fin de detectar casos potenciales de desadaptación.
4. *Consulta administrativa centrada en el que hace la consulta.* Aquí el objetivo es mejorar las habilidades de un administrador con la esperanza de que esto le permitirá funcionar mejor en el futuro. Por ejemplo, un consultor podría supervisar un grupo de sensibilización consistente en administradores a fin de ayudar a robustecer las habilidades de comunicación de éstos.

Técnicas y fases. Varias técnicas generales pueden reforzar la efectividad del proceso de consulta. En la mayor parte de los casos, el proceso de consulta pasará por las siguientes fases:

1. *Entrada o preparatoria.* En la etapa inicial se encuentra la naturaleza exacta de la relación de consulta y se establecen las obligaciones mutuas.
2. *Inicio o calentamiento.* Aquí se establece la relación de trabajo.
3. *Acción alternativa.* Abarca el desarrollo de soluciones y estrategias alternativas de solución de problemas.
4. *Terminación.* Cuando se acuerda en forma mutua que es innecesaria más consulta, resulta la terminación.

Por desgracia, los centros de salud mental comunitaria han tenido dificultades para proporcionar servicios de consulta, en especial a escuelas y dependencias comunitarias; tan sólo se ha carecido del apoyo presupuestal para realizarlo (Iscoe y Harris, 1984). Lo que es muy inquietante respecto de esta situación es que existe apoyo empírico para la eficacia de la consulta (Duffy y Wong, 1996; Medway y Updike, 1985; Orford, 1992).

Alternativas comunitarias a la hospitalización

Como ya se señaló en este capítulo, los hospitales mentales de Estados Unidos han sido objeto de críticas desde hace mucho tiempo. A pesar de que hay un núcleo de pacientes "no rehabilitables", existen opciones al sistema hospitalario estadounidense actual, vías que proporcionarán ambientes adaptados a la meta de permitir a los pacientes recuperar un lugar responsable en la sociedad.

Los ejemplos de opciones incluyen el pabellón comunitario (Fairweather, Sanders, Maynard y Cressler, 1969). Éste es semejante a una casa de medio camino donde los pacientes hospitalizados antes crónicos pueden aprender habilidades de vida independiente. El programa Mendota (Marx, Test y Stein, 1973) fue un intento pionero para ayudar a los pacientes antes "no rehabilitables" a encontrar empleo, aprender habilidades para cocinar e ir de compras, etcétera. Por último, está la creciente popularidad de los hospitales diurnos que a menudo son más efectivos y menos costosos que la hospitalización tradicional de 24 horas.

Intervención en crisis

La meta básica de la *intervención en crisis* es alcanzar a las personas en un estado agudo de estrés y proporcionarles apoyo suficiente para prevenir que se vuelvan enfermos mentales crónicos en el futuro. Las personas en crisis a menudo se encuentran

en un estado "alcanzable" único que puede preparar el camino para intervenciones a largo plazo en el futuro.

La intervención en crisis requiere la renuncia a los procedimientos y prerrogativas tradicionales. Por ejemplo, los centros de intervención en crisis deben estar cerca de las comunidades a las que sirven. Los clientes no deben tener que viajar 32 kilómetros para llegar a un consultorio o abrirse paso entre 15 secretarias una vez que llega a éste. Es obvio que debe haber un servicio inmediato. Los centros a los que se puede acudir o los servicios telefónicos deben estar disponibles todo el día y toda la noche, y no debe requerirse hacer cita. Los integrantes del personal deben estar preparados para salir de la oficina, ir a la policía o visitar hogares. Por último, las crisis tienden a borrar las funciones profesionales acostumbradas, la ley del más fuerte y las prerrogativas. No suele haber tiempo para discutir si un paraprofesional recibió una MB o una B en psicología anormal, o para la visita de un consultor experto. Esto no sugiere que no tenga lugar la capacitación. Sin embargo, la intervención en crisis requiere una versatilidad y flexibilidad que no se encuentran a menudo en las clínicas u hospitales tradicionales.

Los primeros programas de crisis a menudo se formaron en gran medida alrededor de servicios de respuesta telefónica. Sin embargo, pronto se hizo evidente que dichos servicios eran demasiado lentos. En consecuencia, el interés está ahora en servicios de 24 horas atendidos por trabajadores que toman las llamadas en persona. Las intervenciones actuales resaltan el seguimiento tanto para verificar el bienestar del cliente como para evaluar la adecuación de los servicios proporcionados por la dependencia a la que fue remitido. Los procedimientos de intervención actuales también fomentan el contacto frente a frente en lugar de la dependencia excesiva inicial del teléfono. Las intervenciones que están surgiendo incluso incluyen albergue temporal (como en el caso de mujeres golpeadas y sus hijos), transportación y servicios de seguimiento y consulta para sobrevivientes de intentos de suicidio.

Una de las primeras aplicaciones de la filosofía de crisis fue establecer centros de prevención del suicidio (Shneidman y Farberow, 1965). Un ejemplo ilustrativo es el desarrollo de McGee (1974) del Servicio de Intervención en Crisis y Suicidio (Suicide and Crisis Intervention Service; SCIS) en Gainesville, Florida. La política del SCIS tan sólo era "responder a toda solicitud para participar en la solución de cualquier problema humano en cualquier momento y lugar que ocurra" (McGee, 1974, p. 181, cursivas eliminadas). La actitud del SCIS era que las personas en crisis no estaban mal ni eran enfermas mentales. Por tanto, el servicio no necesariamente era de tipo médico o de salud mental. Se daba a los individuos en crisis servicios inmediatos, activos y agresivos. El SCIS consideraba a las personas en crisis como responsabilidad de la comunidad y sentía que, como ciudadanos, tenían el derecho a esperar dicho servicio comunitario. En contraste con muchas organizaciones de salud comunitaria que a menudo están inmersas al menos en forma sutil en conceptos intrapsíquicos, el centro de crisis tipo SCIS está organizado con la idea del control comunitario. Está integrado en gran medida por vecinos voluntarios y está adaptado a las características específicas de la comunidad inmediata.

¿Estas intervenciones son útiles? Aunque en los años setenta proliferaron los estudios sobre la intervención en crisis, todavía no tenemos una respuesta definitiva. Mucho depende de las preguntas planteadas. Por ejemplo, Decker y Stubblebine (1972) encontraron que las hospitalizaciones psiquiátricas se redujeron cuando se utilizaron procedimientos de intervención en crisis. Pero cuando Gottschalk, Fox y Bates (1973) compararon pacientes en crisis con pacientes que habían sido asignados al azar a una lista de espera, no pudieron encontrar diferencias en varios índices de mejora psiquiátrica. Otros reportes (Getz, Fujita y Allen, 1975; Huessy, 1972; Maris y Connor, 1973) son mucho más optimistas. Es obvio que hay muchos problemas para obtener controles en la investigación de la intervención en crisis. Por tanto, puede decirse poco con certeza en este punto. No toda la investigación muestra la eficacia de la intervención en crisis (Kelly, Snowden y Munoz, 1977). Sin embargo, otros afirman que medidas preventivas adicionales bien podrían reducir el número de muertes por suicidio (Dew, Bromet, Brent y Greenhouse, 1987).

Es claro que las intervenciones en crisis pueden ayudar a reducir la angustia. Por ejemplo, cuando un maestro comete suicidio, deben emprenderse intervenciones al menos para tratar de reducir la conmoción de los estudiantes (Kneisel y Richards, 1988). Cuando un autobús escolar choca con un tren, debe ayudarse a los sobrevivientes a afrontarlo (Klingman, 1987). En tales circunstancias, la co-

munidad no puede esperar hasta que el estudio ideal demuestre la utilidad de una intervención.

Intervención en la infancia temprana

Los trabajadores de salud pública y de la salud mental se han percatado desde hace mucho tiempo de las desventajas educativas experimentadas por los pobres. Es de gran preocupación el temor de que la privación inicial en periodos cruciales del desarrollo marque al niño de por vida. Los ambientes y las experiencias preescolares empobrecidos casi pueden garantizar que el niño saldrá mal en la escuela y, por tanto, se volverá vulnerable a una amplia variedad de problemas de salud mental, legales y sociales. Pero si es posible desarrollar intervenciones preescolares exitosas, se habrá tomado un curso de acción preventivo.

Programas Head Start. En el recuadro 16-1 comentamos el Programa preescolar Perry de largo alcance (High/Scope Perry Preschool Program). Sin embargo, es probable que el programa para la infancia temprana más conocido sea *Head Start*. A mediados de los sesenta, el presidente Johnson creó la Oficina de Oportunidad Económica (Office of Economic Opportunity; OEO). Head Start fue uno de los programas dirigidos a niños con desventajas. Estaba diseñado para preparar a los preescolares de orígenes desventajosos para la escuela elemental. Los programas Head Start son controlados en forma local pero requieren conformarse a los lineamientos federales generales. Los programas locales varían en cantidad de horas de asistencia, meses (verano o todo el año), antecedentes de los maestros, etcétera. También varían las técnicas utilizadas, pero por lo general se hace hincapié en habilidades de aprendizaje básicas. También se abordan las necesidades físicas y médicas, al igual que la preparación escolar general y la adaptación.

Evaluación. ¿Cuán efectivos son estos programas infantiles tempranos? Gomby, Larner, Stevenson, Lewit y Behrman (1995) encuentran útil distinguir entre programas enfocados en los niños y en la familia. En el primer caso, las intervenciones se administran en forma directa al menor; en el último, miembros de la familia (como los padres) reciben la intervención o entrenamiento.

La participación en un programa enfocado en los niños da como resultado un aumento promedio del CI de alrededor de ocho puntos en seguida de completarlo (aunque estas ganancias relativas se disipan con el tiempo), lo que hace menos probable la colocación del menor en educación especial o la repetición del grado escolar, y hace más probable que se gradúe del bachillerato (Barnett, 1995; Gomby y cols., 1995). También se han reportado resultados sociales positivos derivados de la participación en el programa, incluyendo menos contactos con el sistema de justicia criminal, menos nacimientos fuera de matrimonio e ingresos promedio mayores que los que no participan (Gomby y cols., 1995; Yoshikawa, 1995).

Aunque los programas enfocados en la familia parecen tener más impacto en los comportamientos de los padres que los programas enfocados en los niños, no está claro cuánto impacto positivo tienen en los menores (Gomby y cols., 1995; Yoshikawa, 1995). No sólo es diferente el foco de la intervención, sino también su intensidad y frecuencia. En el caso de las intervenciones enfocadas en la familia, sólo pueden aplicarse una vez a la semana.

Autoayuda

No toda la ayuda proviene de los profesionales. Grupos informales de auxiliares pueden proporcionar un apoyo valioso que puede evitar la necesidad de intervención profesional. Es más, el profesional que realiza la referencia puede incorporar los *grupos de autoayuda* no profesionales como Alcohólicos Anónimos, Padres sin Pareja, La Liga Leche, Al-Anon y muchos otros como parte efectiva del tratamiento.

¿Qué necesidades satisfacen los grupos de autoayuda? Orford (1992) expuso ocho funciones primarias de los grupos de autoayuda: proporcionan 1) apoyo emocional a los miembros; 2) modelos de papeles —contacto con individuos que han enfrentado y vencido problemas que están enfrentando los miembros del grupo—; 3) formas de entender los problemas de los miembros; 4) información importante y pertinente; 5) ideas nuevas respecto de la forma de afrontar los problemas existentes; 6) la oportunidad de ayudar a otros miembros; 7) compañía social, y 8) una sensación incrementada de dominar y controlar los problemas.

Es evidente que los grupos de autoayuda cumplen varias funciones importantes para los miembros del grupo. Sin embargo, la investigación

PERFIL 16-1

David DuBois, Ph. D.



El doctor David DuBois es profesor asociado de psicología en la Universidad de Missouri. Recibió su título de licenciatura en Psicología y Economía del Colegio Oberlin y su grado de doctorado en Psicología Clínica de la Universidad de Illinois. Se especializa en psicología clínica infantil y psicología comunitaria. Su investigación de la psicología comunitaria se centra en la prevención primaria de problemas de salud mental en niños y adolescentes. Es autor de numerosos artículos sobre autoestima en la infancia y en la adolescencia, riesgo y resistencia entre jóvenes de alto riesgo y con desventajas económicas, y programas de prevención basados en la escuela y en la comunidad para niños, adolescentes y familias. Además de sus búsquedas académicas, es un miembro activo de su comunidad y sirve como consultor para escuelas públicas, programas de mentoría comunitaria y servicios de apoyo a la comunidad.

El doctor DuBois respondió varias preguntas que le planteamos respecto de sus antecedentes, sus intereses y su evaluación del campo de la psicología comunitaria.

¿Por qué se interesó en un principio en el campo de la psicología clínica?

Hay dos razones principales por las que me interesé en el campo de la psicología clínica. Primera, cuando joven, me preocupaba en forma profunda el bienestar de los demás y me interesaba hacer lo que pudiera para lograr una diferencia pequeña pero significativa que mejorara el mundo que me rodeaba. Admito que esto suena bastante estereotipado, pero esos son los sentimientos sinceros que tenía entonces y que aún tengo. Segundo, también adquirí, a una edad relativamente joven, una fascinación por la ciencia; es decir, la emoción de elaborar y luego probar teorías acerca de por qué funcionan las cosas como lo hacen. Sumando dos más dos, en la universidad pronto me encontré interesado en la ciencia de por qué las personas piensan, sienten y se comportan como lo hacen y cómo esto puede conducir no sólo a una mayor comprensión sino también (y esto fue de importancia central para mí) a un incremento en la felicidad y a vidas más positivas para otros allá afuera en el mundo "real", cuando el conocimiento nuevo se aplica en formas que son útiles. Por supuesto que hay muchos modos de ayudar al mundo a convertirse en un lugar mejor por medio de nuestras carreras, pero al parecer tenía alguna aptitud y capacidad natural para la psicología. Por consiguiente, alimentado por mis valores y el aliento que recibí de varios profesores, no pasó mucho antes de que me enfocara en seguir una carrera en psicología clínica.

Describa en qué actividades participa como psicólogo clínico.

En la actualidad, paso la mayor parte de mi tiempo realizando investigación básica y aplicada. También enseño una amplia gama de clases de licenciatura y posgrado en psicología. Soy psicólogo con licencia y, en esta función, proporciono servicios de evaluación y terapia, en forma limitada, sobre todo para niños y adolescentes. Además, en ocasiones se me pide que dé consulta a escuelas y otras dependencias en la comunidad sobre cuestiones de salud mental. Por último, un reto nuevo y emocionante que tomé el año anterior es hacer un segmento semanal de "pregúntele al experto" sobre cuestiones de salud mental infantil para una estación de televisión local. Para mí, el hilo común de todas estas actividades es la investigación. Así, si en realidad no estoy investigando por mi cuenta, es probable que cuando esté

enseñando comparta los hallazgos de algunos de los estudios más recientes y emocionantes con los estudiantes o, aun mejor, los ayude a aprender a realizar sus investigaciones. Del mismo modo, cuando proporciono terapia o sirvo de consultor, siempre busco formas de que puedan utilizarse el conocimiento y los métodos de investigación para documentar y mejorar la efectividad de los servicios.

¿Cuáles son sus áreas particulares de experiencia o interés?

Mis áreas particulares de experiencia son la psicología clínica infantil y la prevención primaria. En esencia, me interesa descubrir los factores y experiencias que hacen menos probable que los niños y adolescentes desarrollen problemas significativos relacionados con la salud mental ya sea mientras crecen o más adelante cuando sean adultos. Sin embargo, para mí es de igual importancia traducir luego este conocimiento en programas e intervenciones que, una vez que sean evaluadas y que hayan mostrado que son efectivas, puedan diseminarse para utilizarse a gran escala. Mi investigación actual se centra en la autoestima como un factor que puede influir en una amplia gama de problemas de salud mental en los jóvenes, que van desde depresión y tendencias suicidas hasta problemas conductuales como delincuencia y uso de sustancias. También estoy investigando programas de mentoría para jóvenes, como Hermanos y Hermanas Mayores (Big Brothers/Big Sisters) y los factores que los permiten alcanzar o no sus metas de prevención.

¿Cuáles son las tendencias futuras que ve para la psicología clínica?

La tendencia futura más importante que veo para la psicología clínica es un énfasis creciente en sus fundamentos científicos y de investigación. Ya sea que proporcione servicios de terapia en la clínica o programas de prevención en la comunidad, la característica que distingue con más claridad a los psicólogos clínicos de otros profesionales de la salud mental es su conjunto especializado de habilidades para utilizar la investigación a fin de guiar y dirigir sus actividades hacia una mayor efectividad. En la era de la atención médica subsidiada y la creciente competencia por fondos para los programas, podemos y debemos utilizar esta ventaja distintiva del campo para establecer con más firmeza un nicho para nosotros como poseedores de contribuciones únicas valiosas para realizar tanto el tratamiento como la prevención de trastornos mentales.

¿Cuáles son algunas tendencias futuras que ve en la psicología comunitaria?

La psicología comunitaria tendrá mucho que ofrecer en los años venideros conforme se intensifique la búsqueda de estrategias para enfrentar en forma efectiva y económica los problemas de salud mental. Aunque no necesariamente se desarrolló en un principio con una preocupación primordial por el costo en mente, puede esperarse que innovaciones como el uso de asistentes paraprofesionales y los grupos de apoyo mutuo se vuelvan una parte más prominente del panorama del tratamiento de salud mental tradicional conforme se vean como opciones viables y económicas a una dependencia exclusiva del suministro de servicios de los profesionales de la salud mental. En la medida en que pueda mostrarse que tienen una relación costo-beneficio favorable, ¡también es probable que las intervenciones preventivas disfruten de una base de apoyo cada vez más amplia que no sólo incluya a activistas sociales sino también a los directores ejecutivos de las compañías de la atención médica subsidiada! Con las demandas crecientes en nuestra sociedad para enfrentar con eficacia cuestiones de diversidad cultural, la psicología comunitaria también estará en posición de hacer una contribución valiosa para asegurar que los individuos y los grupos de diferentes orígenes puedan trabajar y vivir juntos en formas que promuevan la salud mental positiva y el bienestar.

sugiere que debería haber profesionales disponibles para servir como consultores para estos grupos a fin de que sean efectivos al máximo. Los profesionales no deberían controlar al grupo, pero tampoco parece ser útil una falta total de participación de parte de un psicólogo comunitario (Orford, 1992). Ciertas características de organización parecen correlacionarse con la evaluación del éxito del grupo, incluyendo cierto grado de orden y reglas que rijan al grupo al igual que la capacidad y conocimiento de los líderes del grupo (Maton, 1988), y un psicólogo comunitario puede desempeñar una función indirecta invaluable al servir como consultor para los líderes de grupo.

Paraprofesionales

Una de las características más visibles del movimiento comunitario es el uso de legos que no han recibido capacitación clínica formal, o *paraprofesionales*, como terapeutas. El uso de paraprofesionales en el campo de la salud mental va en crecimiento, pero esta tendencia ha generado controversia. Al revisar 42 estudios, Durlak (1979) concluyó que la educación profesional, la capacitación y la experiencia no son requisitos previos para volverse una persona útil y efectiva. Sin embargo, Nietzel y Fisher (1981) están en desacuerdo con esta conclusión y exhortaron a tener precaución al interpretar los resultados de muchos de los estudios revisados por Durlak. Afirmaron que muchos de éstos tenían defectos metodológicos y objetaron las definiciones de Durlak de "profesional" y "paraprofesional". Con estas y otras críticas en mente, Hattie, Sharpley y Rogers (1984) reanalizaron los estudios incluidos en la revisión de Durlak. Los resultados de su metaanálisis coincidieron con los de Durlak. Los resultados generales favorecieron a los paraprofesionales, en especial a los más experimentados y capacitados. Resúmenes más recientes también han sostenido que la evidencia disponible sugiere que los paraprofesionales pueden ser tan efectivos (y en algunos casos más) que los profesionales (por ejemplo, Christensen y Jacobson, 1994).

Además de la efectividad, está la cuestión del acceso a los que pueden proporcionar ayuda. Nos guste o no, la mayoría de los individuos que necesitan servicios de salud mental no buscan a profesionales de la salud mental. En su lugar, tiene lugar la "terapia" informal en muchos contextos y es proporcionada por una variedad de legos. Por ejemplo, en una serie de estudios interesante y reveladores, Cowen (1982) investigó el "comportamiento de ayuda" de peinadoras y cantineros. Los resultados indicaron que una proporción pequeña pero significativa de sus clientes les planteaban problemas personales de moderados a graves, y tanto las peinadoras como los cantineros intentaban una variedad de intervenciones (por ejemplo, sólo escuchar, tratar de dar apoyo y simpatía, presentar opciones). Muchos psicólogos comunitarios ven estos y otros estudios como evidencia que sustenta la idea de que podrían dirigirse programas de consulta a legos que en forma natural entran en contacto con individuos con necesidades de salud mental. De otra manera no podrían abordarse estas necesidades debido a que no es probable que los individuos objetivo busquen la ayuda de un profesional de la salud mental.

Aunque difícilmente parece sensato afirmar que los psicólogos clínicos con capacitación profesional son innecesarios, de seguro parece que en la actualidad hay una función vital para los paraprofesionales en el campo de la salud mental. Los psicólogos clínicos son necesarios, cuando menos, como consultores. Además, a final de cuentas la investigación puede indicar que ciertos tipos de problemas de salud mental responden mejor a los servicios de un profesional de la salud mental. Hasta la fecha, las cuestiones de investigación abordadas (por ejemplo, ¿los paraprofesionales son efectivos en general?) han sido demasiado amplias para arrojar luz sobre este asunto.

Comentarios concluyentes

En un tiempo relativamente corto, el interés comunitario se ha convertido en una fuerza que ha llevado a los psicólogos clínicos a reexaminar muchas de sus antiguas suposiciones; pero hay cuestiones importantes que deben enfrentarse mientras concluimos nuestra exposición de este campo.

Cuestiones de efectividad

Hace años, Cowen (1967, 1973, 1978) planteó la cuestión de cuánto había superado el movimiento

comunitario a los enfoques más tradicionales de la salud mental. La cuestión era si la emoción y la retórica habían enmascarado lo que en realidad era un cambio muy poco sustantivo. Por ejemplo, Cowen (1973) pudo encontrar relativamente pocos reportes de investigación en el *Community Mental Health Journal* que proporcionaran datos concretos. En forma notable, los artículos tampoco abordaban cuestiones de prevención, una idea central en el enfoque comunitario. Rappaport (1977) afirmó que en realidad no existía evidencia de que las comunidades de Estados Unidos hubieran mostrado una mejora en la salud mental. Incluso llegó a sugerir que el mayor logro del movimiento de la salud mental comunitaria podía haber sido que abrió nuevas carreras para personas que antes no eran parte del movimiento.

Aunque durante años hubo más retórica que puesta en práctica respecto de los programas de prevención (Iscoe y Harris, 1984), la intervención es una de las piedras angulares del movimiento comunitario. Sin embargo, la cuestión sigue siendo si el campo sabe lo suficiente de las causas de los problemas de salud mental como para armar programas preventivos exitosos a gran escala. Por suerte, reportes recientes que evalúan la efectividad de una amplia gama de programas de prevención nos llevan a un estado de optimismo cauteloso (por ejemplo, Durlak y Wells, 1997; Felner, DuBois y Adan, 1991; IOM, 1994). Mientras que muchos reportes iniciales respecto de la eficacia de los programas de prevención eran decepcionantes, los psicólogos comunitarios fueron capaces de aprender de estas fallas e incorporaron cambios en los nuevos programas (Felner y cols., 1991). Por ejemplo, se incrementó la atención que se ponía en la modificación de los procesos psicológicos subyacentes en varios trastornos mentales y se diseñaron intervenciones para que fueran más intensas y prolongadas. El reporte reciente del Instituto de Medicina (IOM, 1994) sobre la prevención de las enfermedades mentales presentó un grupo de 39 programas de intervención ejemplares (con efectividad demostrada) dirigidos a bebés, preescolares, niños en educación elemental, adolescentes, adultos o ancianos.

Los problemas continúan, de seguro. Por ejemplo, hay cuestiones respecto de la forma en que deberían diseminarse los programas de intervención y quiénes deberían hacerlo, cómo se mantendrían los programas a lo largo del tiempo (cuestiones de financiamiento) y la necesidad de capacitar a más investigadores que estén calificados para diseñar, poner en práctica y evaluar intervenciones preventivas (IOM, 1994; Orford, 1992). El reporte del IOM estima que sólo se producen alrededor de diez expertos en prevención al año; se necesitan programas de capacitación y apoyo financiero para incrementar este número deplorablemente bajo.

Valores, poder y derechos civiles

Es claro que el movimiento comunitario busca producir el cambio social y la reorganización de las instituciones sociales. La meta de tales cambios sin duda es loable: mejor salud mental para todos. En caso de que el lector no lo haya notado, esta última afirmación casi suena como si la hubiera hecho un candidato a un puesto público. En efecto, algunos han afirmado que si los profesionales comunitarios desean producir un cambio social, deberían lanzar su candidatura a un puesto político. Aquellos que adoptan esta postura dicen que el cambio social (en especial cuando se logra con fondos públicos) es un fenómeno político y debería estar bajo el mandato del público.

Es obvio que hay mucho que decir por ambos lados. Existe un peligro al adoptar la función estrecha de defensor del paciente en lugar de la función más amplia de defensor de la comunidad en conjunto. Adoptar la función estrecha puede causar que se ignoren las bases reales de los problemas de los pacientes. Pero también hay un gran peligro en convertirse en un defensor político. Se espera que el profesional individual y el defensor orientado a la comunidad examinen con minuciosidad el potencial de perjuicio y bien que hay inherente en sus posturas.

La enseñanza de psicólogos comunitarios

En el presente, muchos tienen dificultad para entender con exactitud qué es un psicólogo comunitario. Quizá debido a su orientación multidisciplinaria, la psicología comunitaria todavía tiene que desarrollar una estructura teórica adecuada o identificable aparte de las de otras disciplinas. Esto, a veces, provoca una confusión

de funciones. El psicólogo comunitario es en parte sociólogo, científico político, psicoterapeuta y mediador, pero carece de una identidad específica. Esta ambigüedad dificulta diseñar programas de enseñanza apropiados.

Por suerte, hay algunos lineamientos para la enseñanza. El reporte reciente del IOM (1994) recomienda que los futuros especialistas en la investigación de la prevención tengan una educación sólida en una disciplina relacionada (como enfermería, sociología, trabajo social, salud pública, epidemiología, medicina, psicología clínica o psicología comunitaria). Es esencial la capacitación en el diseño de intervenciones y las evaluaciones empíricas de las intervenciones. Por último, también se recomienda la práctica o la capacitación estilo internado en prevención. Los requisitos educativos para los especialistas en el campo de la prevención (aquellos que en realidad llevan a cabo las intervenciones) son menos estrictos. A menudo es suficiente un título de licenciatura en un campo relacionado (como psicología).

Dada la creciente diversidad cultural y étnica en Estados Unidos, también es importante que los psicólogos comunitarios reciban capacitación sobre la forma en que las cuestiones de la diversidad pueden afectar su trabajo. Por ejemplo, un conocimiento y sensibilidad respecto de las diferencias culturales y étnicas informará a las siguientes actividades y funciones de un investigador de la prevención (IOM, 1994):

1. Establecer relaciones con líderes y organizaciones comunitarios.
2. Conceptualizar e identificar factores de riesgo potenciales, mecanismos y antecedentes de los problemas o trastornos.
3. Elaborar intervenciones que tengan un efecto máximo y decidir cómo deberán diseminarse y suministrarse a la población a la que se dirigen.
4. Determinar el contenido y formato de los instrumentos de evaluación.

A fin de lograr la "competencia cultural" (Cross, Bazron, Dennis e Isaacs, 1989; Isaacs y Benjamin, 1991), los psicólogos comunitarios necesitan acumular experiencia profesional adecuada con una variedad de poblaciones culturales y étnicas y recibir supervisión de expertos en el diseño, puesta en práctica y evaluación de intervenciones para individuos de estos grupos culturales y étnicos (IOM, 1994).

La era de la atención médica subsidiada

Con su interés en la prevención de problemas de salud mental al igual que en los reportes iniciales que indican la relación costo-efectividad de los esfuerzos de prevención (véase el recuadro 16-1), es probable que los psicólogos comunitarios desempeñen una función primaria en el diseño y puesta en práctica de intervenciones que serán recomendadas y apoyadas desde el punto de vista financiero por las compañías de atención médica subsidiada.

Sin embargo, el nivel de apoyo financiero para los esfuerzos de prevención de la industria de la atención médica subsidiada se relacionará con la capacidad del campo para continuar documentando la relación costo-efectividad de estas formas de intervención. En general, varios factores influyen la relación costo-efectividad de un programa de prevención: costo de la intervención, frecuencia de la intervención necesaria para el "efecto", costos de personal, tiempo necesario para una tentativa apropiada y la capacidad de los especialistas en prevención para identificar y enlistar con eficiencia y precisión a los individuos en riesgo (IOM, 1994). Éstas son consideraciones complejas que sólo pueden abordarse por medio de estudios de prevención sistemáticos que a menudo consumen mucho tiempo.

Además de los programas de prevención, pueden utilizarse otros diversos programas asociados a menudo con la psicología comunitaria para reducir los costos de los servicios de salud mental, incluyendo la intervención en crisis, las opciones comunitarias a la hospitalización y los grupos de autoayuda. Por último, es probable que los psicólogos comunitarios sean llamados como consultores a fin de aprovechar su pericia en la planeación y puesta en práctica de las intervenciones.

Futuro de la prevención

Dado el fundamento atractivo de la prevención y, en fechas más recientes, la efectividad documentada de los esfuerzos preventivos, puede resultar incomprensible que no se dediquen más recursos a estas intervenciones. En un artículo clásico que conserva su peso, Cowen (1983) describió diversas barreras y resistencias al movimiento de la prevención. Para citar sólo unos cuantos ejemplos, los que están fuera del campo pueden permanecer escépticos debido a que 1) el foco social y ambiental de las

intervenciones preventivas difiere desde el punto de vista filosófico del foco tradicional en las variables individuales practicado por muchos psicólogos clínicos; 2) la prevención, en cierto sentido, debe competir con formas más establecidas de intervención (como la psicoterapia uno a uno), y 3) los programas preventivos pueden parecer poco prácticos y demasiado costosos (Cowen, 1983; Davison y Neale, 1998). Además, el campo de la prevención en sí ha servido como el "enemigo desde adentro" (Cowen, 1983) por ser menos que preciso en su terminología, ser lento para documentar la efectividad de las intervenciones preventivas y despreciar los esfuerzos coordinados entre programas (por ejemplo, Hawkins y Catalano, 1992).

Se espera que estas cuestiones puedan abordarse adecuadamente en el futuro de modo que las intervenciones características de la psicología comunitaria se utilicen en forma más amplia. Quizá en el futuro deberíamos empezar a enfocarnos tanto en el bienestar y en la salud psicológicos como en la psicopatología y el tratamiento de trastornos mentales (Cowen, 1991). De ser así, entenderíamos la importancia de conceptos como competencia, fortaleza, prevención, modificación de sistemas sociales y habilitación.

Resumen del capítulo

La psicología comunitaria es un enfoque de la salud mental que subraya la función de las fuerzas ambientales y sociales en la creación y alivio de los problemas. El foco está en la prevención de los problemas en lugar de en su cura, y tanto los individuos como la comunidad son animados a controlar y dominar sus problemas de modo que no sea necesaria una intervención profesional. Varias influencias condujeron al desarrollo del campo de la psicología comunitaria, incluyendo la creación de la Comisión Conjunta sobre Salud Mental y Enfermedad en 1955; el Proyecto de Ley Kennedy de 1963, el cual financió la construcción de centros de salud mental comunitaria; la desinstitucionalización; la escasez de profesionales de la salud mental, y diversos acontecimientos sociopolíticos en los sesenta.

Varios conceptos son centrales en la psicología comunitaria. El concepto de salud mental comunitaria se refiere a la convicción de que las comunidades son responsables de sus miembros, y que los servicios de salud mental comunitaria proporcionarían servicios para prevenir problemas y ayudar a la comunidad y a sus sistemas a funcionar mejor. Los psicólogos comunitarios se centran en la prevención debido a que se cree que, a la larga, las iniciativas de prevención serán más eficientes y efectivas que el tratamiento individual administrado después del inicio de los problemas. Los psicólogos comunitarios también se centran en estrategias para incrementar los niveles de habilitación; es decir, para robustecer la sensación de los individuos de que controlan sus destinos. Por último, dichos especialistas buscan hacer cambios positivos al reestructurar las funciones y las instituciones sociales. Incrementar las opciones y recursos positivos para los individuos hace más probable que éstos tengan éxito y que se realice una buena correspondencia entre la persona y el ambiente.

Los psicólogos comunitarios sirven con frecuencia como consultores para profesionales de la salud mental, maestros, ministros y otro personal comunitario, a los cuales ofrecen sus consejos y experiencia. Tipos adicionales de servicios proporcionados u orquestados por psicólogos comunitarios incluyen intervención en crisis, intervención en la infancia y la adolescencia, grupos de autoayuda y el reclutamiento de paraprofesionales a fin de dar servicio a los miembros de la comunidad.

El futuro de la psicología comunitaria se ve brillante. Muchos programas de prevención han mostrado ser efectivos y con una buena relación costo-eficiencia, y la consulta parece ser efectiva también. Ha habido solicitudes para que se capaciten en el futuro más psicólogos comunitarios y especialistas en el campo de la prevención. Por último, es probable que en el futuro cada vez más intervenciones y programas diseñados y puestos en práctica por psicólogos comunitarios serán recomendados y apoyados desde el punto de vista financiero por las compañías de atención médica subsidiada.

Términos clave

consulta Acto por el cual una persona que proporciona servicios a otros (o supervisa el suministro de servicios) busca la ayuda de un experto con el propósito de mejorar estos servicios.

consulta administrativa centrada en el programa Tipo de consulta de salud mental que se centra en ayudar a la institución o administración de un programa específico.

consulta administrativa centrada en el que hace la consulta Tipo de consulta de salud mental que se centra en ayudar a un administrador a robustecer sus habilidades, de modo que sea capaz de funcionar con más eficiencia en el futuro.

consulta de caso centrada en el cliente Tipo de consulta de salud mental que se centra en ayudar a resolver un problema actual con un cliente específico.

consulta de caso centrada en el que hace la consulta Tipo de consulta de salud mental que se centra en ayudar a quien hace la consulta a robustecer las habilidades que necesita para tratar con eficiencia casos futuros.

grupos de autoayuda Grupos informales que proporcionan apoyo a individuos que enfrentan problemas específicos y pueden rechazar la necesidad de una intervención profesional. Las funciones de los grupos de autoayuda incluyen proporcionar información importante y pertinente a los miembros, ofrecer modelos (individuos que han enfrentado con éxito el problema de que se trata), apoyo emocional e ideas para afrontarlo, y dar a los miembros una sensación aumentada de dominio y control sobre sus problemas.

habilitación Proporcionar a los individuos la sensación de que tienen el control de sus destinos o robustecer sentimientos existentes de control.

intervención en crisis Modelo de intervención que supone llegar a personas en estados agudos de estrés y proporcionarles suficiente apoyo para prevenir que se desarrollen problemas mayores. Este modelo requiere flexibilidad y versatilidad, y a menudo se renuncia a los procedimientos y funciones profesionales tradicionales.

intervenciones preventivas indicadas Intervenciones preventivas dirigidas a personas con alto riesgo de desarrollar el trastorno (determinado por la presencia de síntomas por debajo del umbral o marcadores biológicos que indican predisposición a desarrollar el trastorno).

intervenciones preventivas selectivas Intervenciones preventivas que se dirigen a individuos o subgrupos de la población con una probabilidad mayor que el promedio de desarrollar el trastorno en cuestión (determinada por la presencia de ciertos factores de riesgo biológicos, psicológicos o sociales).

intervenciones preventivas universales Intervenciones preventivas dirigidas a toda la población.

paraprofesionales Personas sin capacitación clínica formal que han sido capacitadas para asistir a los profesionales de la salud mental. El uso de paraprofesionales ha sido creciente en la psicología comunitaria y en el campo de la salud mental en conjunto; los resultados de metaanálisis sugieren que los paraprofesionales pueden ser tan efectivos (o en algunos casos incluso más) que los profesionales.

prevención El principio de que, a la larga, las actividades preventivas serán más eficientes y efectivas que el tratamiento individual administrado después del inicio de la enfermedad o los problemas.

prevención primaria Corrección de condiciones negativas antes de que surjan problemas significativos como consecuencia de estas condiciones. La aplicación de este modelo de prevención a menudo necesita cierto grado de cambio social.

prevención secundaria Detectar y corregir problemas pronto, mientras todavía pueden someterse a intervención. Este modelo de prevención significa a menudo examinar grandes cantidades de personas, incluyendo aquellas que no están buscando ayuda y que ni siquiera puede parecer que estén en riesgo.

prevención terciaria Reducción de la duración y efectos negativos de los problemas después de que han ocurrido. Este modelo de prevención con mayor frecuencia incluye la rehabilitación.

programas Head Start Programas de prevención primaria en la infancia temprana diseñados para preparar a preescolares con desventajas de origen para la escuela elemental enfocándose en sus habilidades de aprendizaje básicas, entre otras cosas.

psicología comunitaria Enfoque psicológico que resalta la función de las fuerzas ambientales en la creación y alivio de los problemas. La psicología comunitaria tiene una orientación preventiva en lugar de curativa. Además, atiende la correspondencia entre la persona y el ambiente (en lugar de las inadecuaciones de cualquiera) y se enfoca en la identificación y desarrollo de las ventajas y recursos de las personas y las comunidades.

salud mental comunitaria Movimiento surgido en los años cincuenta que considera que los problemas de salud mental surgen por fallas en el sistema social. Este movimiento convocaba al control comunitario de los servicios de salud mental y se enfocaba en forma intensa en la prevención, detección temprana y suministro de servicios a poblaciones que de manera tradicional se habían atendido mal.

Sitios web de interés

16-1 Sociedad para la Investigación y la Acción Comunitaria (Society for Community Research and Action; División 27 de la Asociación Psicológica Estadounidense)

www.apa.org/divisions/div27

16-2 Red de Psicología Comunitaria (Community Psychology Net)

www.cmmtypsych.net

16-3 Oficina de Información de la Ciencia de la Prevención (Prevention Science Clearinghouse)

www.oslc.org/ecpn/psc97.html

16-4 Sociedad para la Investigación de la Prevención (Society for Prevention Research)

www.oslc.org/spr/sprhome.html

16-5 El futuro de los niños (vínculos con artículos de prevención)

www.futureofchildren.org

16-6 Programas de posgrado de psicología comunitaria

www.msu.edu/user/lounsbu1/cpdcra.html

CAPÍTULO DIECISIETE

Psicología de la salud y medicina conductual

PREGUNTAS PRINCIPALES

1. **¿Qué hechos históricos influyeron en el desarrollo del campo de la psicología de la salud?**
2. **¿Cuáles son los principales métodos de intervención utilizados por los psicólogos de la salud?**
3. **¿Cómo se usan las técnicas de prevención para abordar problemas relacionados con el tabaquismo, el abuso o dependencia del alcohol y la obesidad?**
4. **¿Qué técnicas se emplean a fin de ayudar a los pacientes a afrontar procedimientos médicos y cirugías estresantes?**
5. **¿Qué influencias principales probablemente afecten el futuro de la psicología de la salud?**

RESEÑA DEL CAPÍTULO

Parece que todos se dan cuenta ahora que el estilo de vida afecta nuestra salud y sensación de bienestar. La mayor parte de los problemas de salud en Estados Unidos se relacionan con enfermedades crónicas (como trastornos cardiacos, cáncer y apoplejías), y estas enfermedades con frecuencia se asocian con el comportamiento o estilo de vida (como fumar o comer en exceso) que eligen los individuos (Brannon y Feist, 2000; P. L. Rice, 1998). Los costos de la atención médica han subido en forma vertiginosa a más de 14% del producto nacional bruto (PNB), o más de 898 miles de millones de dólares al año (Frank y VandenBos, 1994). La carga financiera potencial asociada con problemas de salud ha conducido a muchos a reevaluar sus estilos de vida y comportamiento. También ha habido un cambio en la percepción. La salud ha llegado a asociarse con el bienestar positivo en lugar de tan sólo con la ausencia de enfermedad (Brannon y Feist, 2000; Rice, 1998). Estas tendencias, al igual que otras, han llevado a los estadounidenses a enfocarse con mucha más intensidad en los comportamientos y estilos de vida que promueven la salud y previenen la enfermedad.

La psicología, como ciencia del comportamiento, tiene mucho para contribuir al campo de la salud, y la psicología de la salud ha llegado a ser una especialidad de crecimiento rápido en la psicología clínica. Una clave de que en verdad se ha reconocido un campo emergente es la aparición de libros de texto y manuales que detallan ese campo. Ahora son comunes los libros de texto generales sobre psicología de la salud (por ejemplo, Brannon y Feist, 2000; Rice, 1998; S. E. Taylor, 1999), al igual que los textos especializados sobre psicología de la salud clínica (Belar y Deardorff, 1995; Camic y Knight, 1998), mujeres y salud (Blechman y Brownell, 1998), y psicología de la salud pediátrica (Goreczny y Hersen, 1999). Además, varias revistas especializadas (incluyendo *Health Psychology* y *Journal of Behavioral Medicine*) informan sobre la investigación en estos campos. Por último, se ha establecido una división separada de la Asociación Psicológica Estadounidense (División 38) como una forma de publicar y proponer las contribuciones de los psicólogos de la salud.

Historia y perspectivas

Aunque una variedad de subdisciplinas superpuestas se centra en problemas relacionados con la salud, nos enfocaremos principalmente en dos áreas de la psicología: medicina conductual y psicología de la salud. Se ha reconocido que mente y cuerpo están vinculados indisolublemente al menos desde la antigua civilización griega. Sin embargo, no fue sino hasta finales de los años setenta que empezaron a cristalizarse las definiciones de medicina conductual y psicología de la salud.

Definiciones

Aunque se ha ofrecido una variedad de definiciones a lo largo de los años (por ejemplo, N.E. Miller, 1983; Schwartz y Weiss, 1977), la *medicina conductual* se refiere básicamente a la integración de las ciencias conductuales con la práctica y ciencia de la medicina. Matarazzo (1980) utiliza el término para referirse al amplio campo interdisciplinario de investigación científica, educación y práctica que se interesa en la salud, la enfermedad y disfunciones psicológicas relacionadas.

La *psicología de la salud* es un área de especialidad dentro de la psicología. Es un término más específico de la disciplina, que se refiere a la función primaria de la psicología como una ciencia y profesión en la medicina conductual. Esto incluye la práctica relacionada con la salud, la investigación y la enseñanza de muchas clases de psicólogos: sociales, industriales, fisiológicos y otros. La psicología de la salud se ha definido como

> El agregado de las contribuciones educativas, científicas y profesionales específicas de la disciplina de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad y la identificación de correlatos etiológicos y diagnósticos de salud, enfermedad y disfunciones relacionadas. (Matarazzo, 1980, p. 815)

Esta definición fue corregida más tarde para incluir las funciones de los psicólogos como formuladores de políticas de atención de la salud y contribuyentes del sistema de atención de la salud (véase, por ejemplo, DeLeon, Frank y Wedding, 1995). Brannon y Feist (2000) ofrecen una definición reciente de psicología de la salud que incorpora estas nuevas funciones. Ellos señalan que la psicología de la salud "incluye las contribuciones de la psicología para el incremento de la salud, la prevención y tratamiento

de la enfermedad, la identificación de factores de riesgo para la salud, el mejoramiento del sistema de atención de la salud y el moldeamiento de la opinión pública respecto de la salud" (p. 14).

Historia

Como señala Rice (1998), dos perspectivas principales han influido en nuestras opiniones de la salud y la enfermedad. La primera es la tradición biomédica, la cual se desarrolló con el tiempo mientras la gente buscaba obtener conocimientos por medio de la experiencia y la observación. Los primeros intentos fueron bastante crudos (por ejemplo, el descubrimiento de los beneficios de la acupuntura, la teoría humoral de Hipócrates de la enfermedad y el tratamiento), pero científicos biomédicos posteriores se enfocaron en la anatomía, la "teoría de los gérmenes" y por último en la genética en sus intentos por definir y entender las dolencias y las enfermedades. Sin embargo, esta tendencia occidental de centrarse sólo en los factores biológicos y adoptar un enfoque reduccionista no carece de limitaciones (Rice, 1998). Por ejemplo, los críticos sostienen que aún no conocemos lo que causa la enfermedad; más bien, sólo hemos descubierto otro funcionamiento defectuoso en un nivel de análisis más pequeño (por ejemplo, en el nivel del ADN). La investigación biomédica puede estar tan enamorada de los correlatos somáticos (como los procesos físicos anormales y los desequilibrios bioquímicos) que con frecuencia ignora las variables psicosociales. Por último, esta tradición refuerza la perspectiva del dualismo mente-cuerpo, que es anticuada y de utilidad limitada. Esto no quiere decir que la tradición biomédica ha carecido de importancia o ha sido irrelevante para la medicina, la ciencia y la psicología. Más bien, un punto de vista biomédico estricto a veces es demasiado estrecho debido a que no puede explicar de manera adecuada formas de dolencias y enfermedades que se encuentran con mucha frecuencia.

Una segunda influencia importante en nuestras opiniones sobre la salud y la enfermedad es la perspectiva psicosocial (Rice, 1998). Durante siglos, la literatura médica ha reconocido que los procesos psicológicos y sociales pueden causar o influir en los padecimientos y enfermedades. Para la década de los cuarenta, esta generalización amplia se había fundido en el campo de la *medicina psicosomática*. La medicina psicosomática se basa en la suposición de que ciertos estados de dolencias y enfermedad se deben a factores psicológicos. Los investigadores (por ejemplo, Alexander, 1950) identificaron varias enfermedades "psicosomáticas", incluyendo úlceras pépticas, hipertensión esencial y asma bronquial. Todas las enfermedades se dividieron en las causadas por factores "orgánicos" o físicos y las originadas por factores psicológicos. Algunos de los que adoptaron esta perspectiva creían que cada enfermedad psicosomática tenía cierto conflicto específico diferente, que subyacía inconscientemente y que predisponía a la persona a ese trastorno. Por ejemplo, se creía que la hostilidad reprimida podía resultar en artritis reumatoide. Aunque al principio eran atractivas, estas ideas (y la medicina psicosomática en general) empezaron a derrumbarse cuando se hizo evidente que tales factores psicógenos específicos no eran muy predictivos; la mayor parte de los estudios empíricos no apoya tales teorías. De hecho, los factores psicosociales intervienen en todas las enfermedades, pero estos factores no necesariamente tienen una función causal primaria.

La medicina psicosomática en gran medida fue competencia de psiquiatras y médicos. Sin embargo, los psicólogos conductuales empezaron a extender la gama de sus métodos de terapia a los llamados trastornos médicos. Problemas como la obesidad y el tabaquismo también quedaron bajo el escrutinio de los psicólogos. Entonces vino un rápido incremento en el uso de la retroalimentación biológica (que se expone más adelante en este capítulo) para ayudar a los pacientes a controlar o modificar ciertas respuestas fisiológicas.

Otro conjunto de factores se desarrolló despacio pero al final tuvo un fuerte impacto. Para la década de los años sesenta se habían dominado muchas enfermedades infecciosas importantes. Las profesiones de asistencia empezaron a poner su atención en dos de los más grandes asesinos: las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Los comportamientos como comer en exceso, fumar y beber fueron identificados cada vez más como correlatos importantes de estas enfermedades. La atención del público empezó a fijarse no sólo en el proceso de enfermedad en sí, sino también en los comportamientos asociados cuya reducción o eliminación podría reducir la vulnerabilidad a la enfermedad.

Durante los sesenta, las circunstancias estresantes de la vida empezaron a considerarse factores de riesgo específicos para la enfermedad (por ejemplo, Holmes

y Rahe, 1967). La inspección de la forma en que los principales hechos estresantes de la vida afectan la salud condujo a un examen de las consecuencias para la salud de las vicisitudes cotidianas, las cuales también resultaron ser estresantes (por ejemplo, R. S. Lazarus, 1984). Una línea de investigación relacionada demostró cómo la personalidad y el estilo conductual pueden influir en la salud. El ímpetu viene de dos cardiólogos que se impresionaron con una constelación común de rasgos y comportamientos compartidos por muchos que padecían de enfermedad cardiaca coronaria. La llamada personalidad tipo A (Friedman y Rosenman, 1974) se caracteriza por hostilidad, competitividad y tener urgencias de tiempo. Aunque la investigación subsiguiente no ha apoyado un vínculo directo entre la personalidad tipo A y la enfermedad cardiaca (Brannon y Feist, 2000; Rice, 1998), la hipótesis estimuló la investigación en la psicología de la salud y sirvió para enfocar la atención en otros factores de riesgo conductuales para la enfermedad cardiaca coronaria (como fumar y la falta de ejercicio), así como en los esfuerzos de prevención.

El reconocimiento de que los factores psicológicos y sociales influyen en las enfermedades y la salud es la base de una perspectiva influyente conocida como *modelo biopsicosocial* (Engel, 1977). En muchas formas, este modelo puede verse como una integración de las perspectivas biomédica y psicosocial. Como el nombre indica, el modelo biopsicosocial sostiene que la enfermedad y la salud son una función de influencias biológicas, psicológicas y sociales. Las influencias biológicas pueden incluir predisposiciones genéticas, deficiencias nutricionales y desequilibrios bioquímicos; las psicológicas, los comportamientos, emociones y cogniciones del individuo; y las sociales, amigos, miembros de la familia, ambiente del hogar y acontecimientos de la vida. Este modelo biopsicosocial representa la forma en que los psicólogos de la salud conceptualizan los problemas y planean las intervenciones.

Muchos otros factores fueron importantes en el desarrollo del campo de la psicología de la salud. Ya se había señalado el tremendo costo de la atención de la salud, junto con el hecho de que las enfermedades infecciosas ya no fueron los principales culpables. Una gran porción de los costos de la atención de la salud puede rastrearse en forma directa hasta los comportamientos y estilos de vida humanos que dan como resultado lesiones, accidentes, envenenamientos o violencia. La elección de un estilo de vida como el abuso del alcohol y las drogas, fumar y los patrones dietéticos contribuyen a una variedad de padecimientos y enfermedades.

Los anteriores sólo son unos cuantos de los factores más prominentes en el desarrollo del campo de la psicología de la salud. Ahora pasaremos a una exposición de la manera en que se relacionan el estrés, el estilo de vida y el comportamiento, la personalidad, el apoyo social y la salud. Estos vínculos forman la base del campo de la psicología de la salud.

Vinculación entre estrés, estilo de vida y comportamiento, personalidad, apoyo social y salud

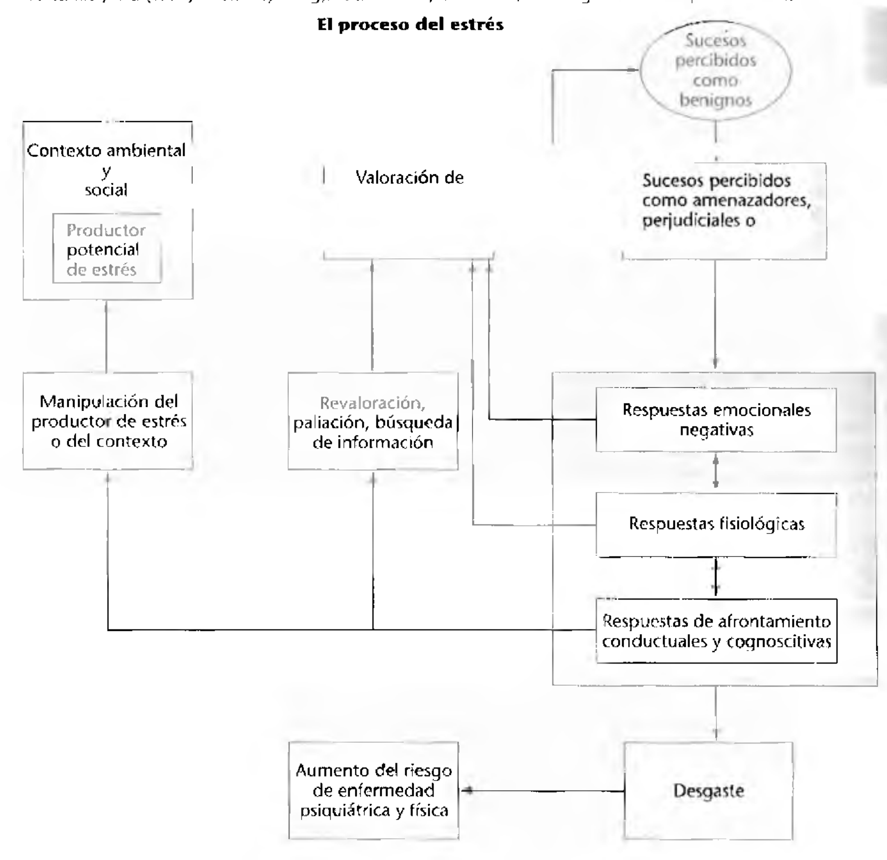
¿Cuáles son los procesos por los que los factores psicológicos y sociales influyen en la salud y la enfermedad?

Estrés y salud. Aunque el término *estrés* se usa con frecuencia, a menudo no se define con precisión (Brannon y Feist, 2000). Algunos lo usan para referirse a una cualidad de un estímulo externo (como una entrevista estresante), otros para referirse a una respuesta a un estímulo (la entrevista causó estrés) y otros más creen que resulta de una interacción entre estímulo y respuesta (hubo tensión porque la entrevista fue desafiante y no estaba preparado). Los psicólogos de la salud más contemporáneos adoptan este tercer punto de vista interaccionista; esto es, ven la tensión como un proceso que comprende un suceso ambiental (un factor productor de estrés), cómo lo aprecia el individuo (¿es desafiante o amenazador?), las diversas respuestas del organismo (fisiológica, emocional, cognoscitiva, conductual) y las reevaluaciones que ocurren como resultado de estas respuestas y cambios en el factor productor de estrés (Rice, 1998). Este modelo transaccional del estrés se describe en la figura 17-1. Éstos y otros estímulos psicosociales pueden contribuir a un proceso de estrés que puede afectar en forma directa al sistema hormonal, al sistema autónomo y al sistema inmunológico.

El efecto fisiológico de la tensión en el cuerpo comprende una cadena compleja de hechos (Brannon y Feist, 2000), ilustrada en la figura 17-2. El estrés causa que el *sistema nervioso simpático*, un sistema que moviliza los recursos del cuerpo en situaciones

FIGURA 17-1 El proceso del estrés: una perspectiva interaccionista

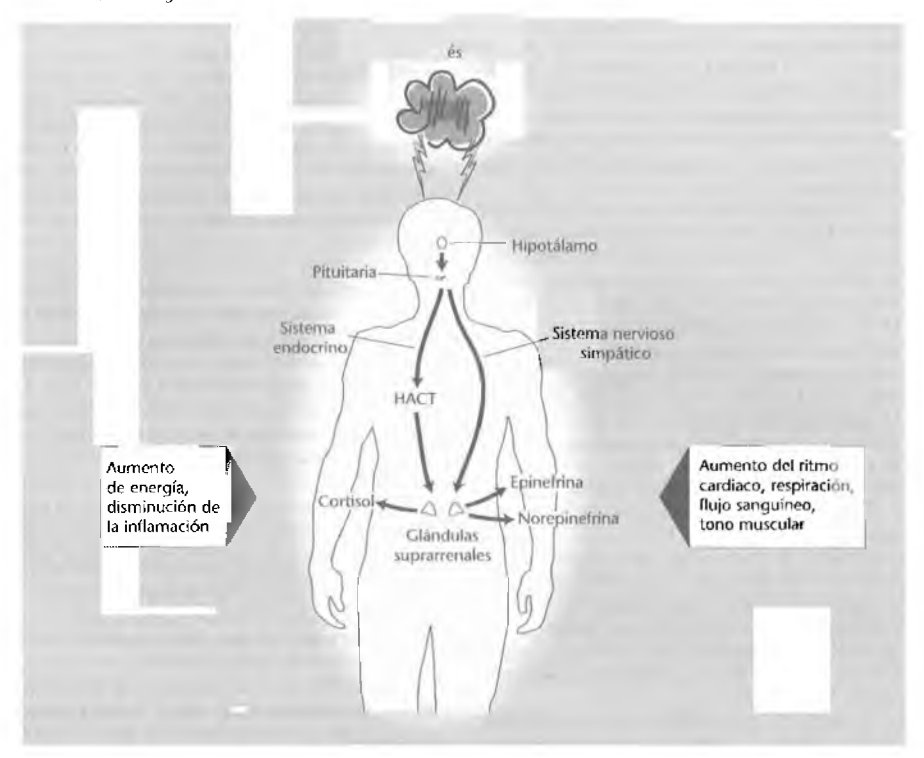
Fuente: Rice, P. L. (1998). *Health Psychology.* Pacific Grove, CA: Brooks/Cole. Página 177. Reimpreso con autorización.



urgentes, estimule la médula suprarrenal de la glándula suprarrenal. Esto origina la producción de las catecolaminas epinefrina y norepinefrina, cuyos efectos en el cuerpo incluyen incremento del ritmo cardiaco, respiración, flujo sanguíneo y tono muscular. El estrés también causa que la glándula pituitaria (una estructura conectada al hipotálamo en el cerebro anterior) libere la hormona adrenocorticotrópica (HACT), y la HACT estimula la corteza suprarrenal de la glándula suprarrenal para que secrete glucocorticoides. El glucocorticoide más importante en lo que se refiere al estrés es el cortisol. Es una hormona que, como la epinefrina y la norepinefrina, moviliza los recursos del cuerpo. El cortisol sirve sobre todo para incrementar el nivel de energía y disminuir la inflamación. La última función es útil en particular si se sufren lesiones en una situación urgente.

Aunque las respuestas del cuerpo al estrés pueden ser útiles, el estrés intenso y la activación prolongada

FIGURA 17-2 Efectos fisiológicos del estrés
Fuente: Brannon, L. y Feist, J. (2000). *Health psychology: An introduction to behavior and health* (4a. edición). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole. Página 116. Usado con autorización.



de estos sistemas pueden tener efectos adversos sobre los órganos del cuerpo, las funciones mentales y el sistema inmunológico. Por ejemplo, la tensión puede afectar al sistema inmunológico de modo que no pueda destruir virus, bacterias, tumores y células irregulares. Hace más de dos décadas, Ader y Cohen (1975) presentaron evidencia que sugiere que los sistemas nervioso e inmunológico interactúan y son interdependientes al demostrar que las repuestas del sistema inmunológico en ratas podía someterse al condicionamiento clásico. Este reporte inicial con el tiempo condujo a diversos estudios que investigaron la relación entre los factores fisiológicos (como las reacciones al estrés) y la respuesta del sistema inmunológico (Brannon y Feist, 2000). En la actualidad sigue siendo poco claro si la inmunosupresión es un efecto directo de la tensión o si tan sólo es parte de la respuesta del cuerpo a hechos estresantes (Brannon y Feist, 2000). En cualquier caso, la tensión parece ser una influencia importante (aunque no la única) en la salud y la enfermedad.

Comportamiento y salud. Los comportamientos, hábitos y estilos de vida pueden afectar tanto a la salud como a la enfermedad. Se ha considerado todo

—desde fumar, beber en exceso o una dieta defectuosa hasta prácticas de higiene deficientes—. Tales comportamientos a menudo están arraigados en los valores culturales y en las necesidades y expectativas personales. En cualquier caso, no pueden cambiarse con facilidad. Más adelante en este capítulo expondremos con más detalle varias elecciones de comportamientos o estilos de vida que se han vinculado con la salud. Éstas incluyen fumar cigarrillos, abuso y dependencia del alcohol y control del peso.

Las variables cognitivas pueden influir en nuestras decisiones acerca de adoptar comportamientos saludables o malsanos. Para citar un ejemplo, muchos psicólogos de la salud se han enfocado en la variable de la *autoeficacia*. La autoeficacia, comentada en capítulos previos, se refiere a "las creencias de la gente acerca de sus capacidades para controlar acontecimientos que afectan sus vidas" (Bandura, 1989, p. 1175). La autoeficacia tiene que ver con diversos temas abordados por los psicólogos de la salud, incluyendo las principales teorías de cambio del comportamiento relacionado con la salud (Maddux, Brawley y Boykin, 1995). Este constructo desempeña una función importante en los modelos sociales cognitivos más prominentes del comportamiento de la salud, incluyendo el modelo de creencia en la salud (Rosenstock, 1974; Rosenstock, Strecher y Becker, 1988), la *teoría de la motivación para la protección* (R. W. Rogers, 1975; Sturges y Rogers, 1996) y la teoría del comportamiento planeado (Ajzen, 1985, 1988).

La teoría de la motivación para la protección (TMP), por ejemplo, plantea que el comportamiento es una función de la *valoración de la amenaza* (una evaluación de factores que afectarán la probabilidad de emplear el comportamiento, como la vulnerabilidad percibida y el potencial percibido para el daño) y la valoración del afrontamiento (una evaluación de la capacidad de uno para evitar o afrontar un resultado negativo). La *valoración del afrontamiento* es influida por la autoeficacia de uno o la creencia de que uno puede poner en práctica el comportamiento o estrategia de afrontamiento apropiados (Maddux y cols., 1995). Puede ser instructivo un ejemplo que aplica la TMP a una decisión de salud de la vida real. Janey, una chica adolescente enfrenta la decisión de empezar a fumar cigarrillos o no, de acuerdo con la teoría de la motivación para la protección, valoraría la amenaza y el afrontamiento. La valoración de la amenaza podría suponer la evaluación de los peligros de fumar (como cáncer pulmonar) así como la probabilidad de su vulnerabilidad a este resultado. En la medida en que no perciba que el peligro es grave o inmediato para ella, será más probable que empiece a fumar. La valoración del afrontamiento también es relevante. Este proceso podría entrañar la evaluación de Janey de la posibilidad de no fumar (la estrategia de afrontamiento recomendada). En la medida en que crea que no será capaz de contenerse de fumar (por ejemplo, porque todos sus amigos fuman), será más probable que presente este comportamiento. Por tanto, la variable cognoscitiva de autoeficacia puede desempeñar una función prominente en las elecciones de comportamiento y estilo de vida que al final influirán en la salud.

También pueden surgir problemas por las formas en que la gente responde a la enfermedad. Algunas personas pueden ser incapaces o renuentes a apreciar la gravedad de su trastorno y no buscan ayuda médica con oportunidad. Cuando reciben consejo médico, no le hacen caso. Todos estos comportamientos pueden fomentar en forma indirecta resultados adversos. Expondremos el cumplimiento del tratamiento médico más adelante en este capítulo.

Factores de personalidad. Tanto en forma directa como indirecta, las características de la personalidad pueden afectar la salud y la enfermedad en muchas maneras (Friedman y Booth-Kewley, 1987): 1) las características de la personalidad pueden ser resultado de procesos de enfermedad, 2) las características de la personalidad pueden conducir a comportamientos malsanos, 3) la personalidad puede afectar directamente la enfermedad por medio de mecanismos fisiológicos, 4) una tercera variable biológica subyacente puede relacionarse con la personalidad y la enfermedad y 5) varias causas y espirales de retroalimentación pueden afectar la relación entre personalidad y enfermedad.

Tal vez la asociación más estudiada entre un rasgo de personalidad y una enfermedad es la que existe entre el comportamiento tipo A y la enfermedad cardiaca coronaria. Como se mencionó antes, dos cardiólogos (Friedman y Rosenman, 1974) propusieron la noción de un vínculo posi-

ble entre la personalidad o estilo de afrontamiento y las consecuencias de salud adversas, de manera específica trastornos coronarios. Ellos identificaron un conjunto de características de personalidad y comportamientos discriminativos y propusieron que éstos constituyen un *patrón de comportamiento tipo A*. Glass (1977) describe a los individuos tipo A como aquellos que tienden a

Percibir que el tiempo pasa con rapidez

Muestran un deterioro en la ejecución de tareas que requieren una respuesta demorada

Trabajan cerca de su capacidad máxima aun cuando no haya un plazo límite

Llegan temprano a las citas

Se vuelven agresivos y hostiles cuando se frustran

Reportan menos fatiga y síntomas físicos

Están muy motivados para dominar sus ambientes físico y social y para mantener el control

En la tabla 17-1 se proporcionan algunos ejemplos de preguntas de entrevista que se utilizan para identificar a los individuos tipo A.

Diversos estudios iniciales sugirieron una relación entre el comportamiento tipo A y los trastornos coronarios. Sin embargo, estos hallazgos a menudo fueron malinterpretados como indicativos de que era probable que los individuos tipo A desarrollaran tales padecimientos (Davison y Neale, 1998). Estudios más recientes no muestran una relación tan fuerte entre el comportamiento tipo A y la cardiopatía, como se pensó alguna vez (Smith, 1992) y está claro que la gran mayoría de los individuos tipo A no desarrollan trastornos coronarios. Sin embargo, los individuos tipo A están en un riesgo relativamente mayor de tales padecimientos. Estudios más recientes sugieren que el componente de ira-hostilidad del patrón tipo A hace un mejor trabajo para predecir estas cardiopatías que la clasificación tipo A más global (Guyll y Contrada, 1998; Smith, 1992).

En un análisis metodológico y conceptual importante de la investigación que examina la hostilidad y la salud, Smith (1992) presentó varios modelos teóricos que podrían explicar el vínculo entre hostilidad y salud. El *modelo de reactividad psicofisiológica* plantea que los individuos hostiles experimentan incrementos mayores del ritmo cardiaco, presión sanguínea y hormonas relacionadas con la tensión en respuesta a factores productores de estrés potenciales. Se cree que la reactividad psicofisiológica incrementada fomenta el desarrollo de enfermedad de la arteria coronaria y de los síntomas de los trastornos coronarios. El *modelo de vulnerabilidad psicosocial* propone que los individuos hostiles tienen mayor probabilidad de experimentar un ambiente psicosocial más estresante debido a que poseen niveles mayores de desconfianza y exploran sus ambientes en busca de malos tratos futuros posibles. Un *modelo transaccional* refleja una combinación e integración de los modelos psicofisiológico y psicosocial. Este modelo integrador propone que quienes tienen

TABLA 17-1 Reactivos seleccionados de la Entrevista de Patrón de Comportamiento

4. ¿Su trabajo entraña una gran responsabilidad?
   a. ¿Hay algún momento en que se sienta muy apresurado o bajo presión?
   b. Cuando está bajo presión, ¿esto le molesta?
6. Cuando está enojado o molesto, ¿lo saben las personas que lo rodean? ¿Cómo lo demuestra?
12. Cuando maneja y hay un automóvil en su carril que va demasiado despacio para usted, ¿qué hace al respecto? ¿Refunfuña y se queja consigo mismo? ¿Cualquiera que fuera con usted sabría que está molesto?
14. Si se citara con alguien para, digamos, las dos de la tarde en punto, ¿estaría ahí a tiempo?
   a. Si lo hacen esperar, ¿lo resentiría?
   b. ¿Diría algo al respecto?
17. ¿Come rápido? ¿Camina rápido? Después de que termina de comer, ¿le gusta permanecer sentado a la mesa y charlar o le gusta levantarse y continuar sus labores?
19. ¿Cómo se siente respecto de esperar haciendo fila: en el banco, en el supermercado o en la oficina de correos?

Fuente: tomado de "The Interview Methods of Assessment of the Coronary-prone Behavior Pattern", de R. H. Rosenman, pp. 68-69. En T. M. Dembroski, S. M. Weiss, J. L. Shields, S. G. Haynes y M. Feinleib (eds.), *Coronary-prone Behavior*. Derechos reservados © 1978 por Springer-Verlag. Reimpreso con autorización.

una hostilidad elevada *crean* situaciones potencialmente estresantes en sus vidas debido a su desconfianza general y sus acciones subsiguientes.

Por último, el *modelo del comportamiento de la salud*, a diferencia de los anteriores, no considera que los aspectos fisiológicos del estrés sean el vínculo crucial entre la hostilidad y la salud. Más bien, propone que los individuos hostiles tienden a tener malos hábitos de salud (como fumar, beber alcohol en exceso, malos hábitos de ejercicio) y por tanto son más susceptibles a los trastornos coronarios. Esta explicación parca de los hallazgos de una asociación entre la hostilidad y los padecimientos coronarios necesita evaluarse más a fondo en estudios futuros.

Apoyo social y salud. Un tema que ha atraído un interés creciente de la investigación es el apoyo social y sus efectos en la salud y el bienestar. El *apoyo social* no sólo se refiere a la cantidad de relaciones sociales, sino también a la calidad de esas relaciones (¿puede confiar en sus amigos y familiares?) La idea básica es que los lazos interpersonales en realidad pueden promover la salud. Aíslan a las personas del daño cuando encuentran estrés, disminuyen la susceptibilidad a la enfermedad y ayudan a las personas a cumplir y mantener sus regímenes de tratamiento. El apoyo social es, en muchas formas, una especie de asistencia para el afrontamiento. Varios estudios han indicado que los mejores resultados de salud se relacionan en forma positiva con el apoyo social (por ejemplo, Berkman, Leo-Summers y Horwitz, 1992; Berkman, Vaccarino y Seeman, 1993; Cohen y Herbert, 1996; House, Landis y Umberson, 1988; Williams y cols., 1992). Por ejemplo, Williams y colaboradores (1992) siguieron aproximadamente a 1 400 pacientes con enfermedad de la arteria coronaria durante un promedio de nueve años y encontraron que los pacientes cuyas medidas de apoyo social se estimaron más altas (por ejemplo, casados, capaces de confiar en su cónyuge), exhibieron índices significativamente más bajos de mortalidad durante el periodo de seguimiento. Esta relación se mantuvo incluso después de controlar variables demográficas y factores de riesgo médicos. Este estudio y otros sugieren que el apoyo social puede actuar como un tipo de "amortiguador" contra los resultados de salud adversos.

Las relaciones entre apoyo social, estrés y salud pueden depender de diversos factores, incluyendo raza, género y cultura. Por ejemplo, las mujeres (en promedio) parecen beneficiarse más del apoyo social que los hombres; esto puede deberse a que ellas tienden a tener relaciones más íntimas desde el punto de vista emocional (Brannon y Feist, 2000). Los datos preliminares también sugieren que los blancos pueden beneficiarse más del apoyo social que los no blancos (Brannon y Feist, 2000). Sin embargo, la razón para esto no está clara y la posibilidad de diferencias raciales y étnicas necesita más estudio. Es evidente que la relación entre apoyo social y salud es compleja.

Gama de aplicaciones

Una descripción completa de todos los problemas que ha abordado la psicología de la salud está fuera del alcance de este capítulo. Una lista parcial entresacada de informes recientes incluiría los siguientes:

Tabaquismo
Abuso de alcohol
Obesidad
Personalidad tipo A
Hipertensión
Arritmia cardiaca
Enfermedad de Raynaud
Enfermedad de Alzheimer
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
Fibrosis cística
Anorexia nerviosa
Vómito crónico
Encopresis o incontinencia fecal
Úlceras
Síndrome de intestino irritable
Tortícolis espasmódica
Tics
Parálisis cerebral
Accidentes cerebrovasculares
Epilepsia

Asma
Neurodermatitis
Psoriasis
Prurigo nodular
Hiperhidrosis
Dolor crónico
Jaquecas
Insomnio
Diabetes
Dismenorrea
Trastornos dentales
Cáncer
Lesiones de la médula espinal
Disfunción sexual

En las páginas que siguen abordaremos varios de estos trastornos, en especial para ilustrar métodos de intervención y prevención. El recuadro 17-1 sugiere algunas de las cuestiones que están dentro de la esfera de la psicología de la salud y la medicina conductual, en especial en su aplicación al problema de la infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Métodos de intervención

En esencia, la psicología de la salud y la medicina conductual aplican métodos conductuales y cognitivos conductuales de evaluación y tratamiento. Presentaremos bosquejos breves de clases generales de intervenciones utilizadas (métodos respondientes, operantes, cognitivos conductuales y retroalimentación biológica); luego daremos unos cuantos ejemplos de la forma en que los psicólogos de la salud utilizan estas técnicas.

Métodos respondientes

Con el tiempo, un estímulo neutral (estímulo condicionado) que se presenta junto con un estímulo que se produce en forma natural (estímulo incondicionado) puede originar una respuesta particular. Éste es el paradigma pavloviano clásico. Las reacciones emocionales, por ejemplo, pueden asociarse con estímulos innocuos antes neutrales. Así, este proceso puede causar reacciones emocionales condicionadas que, si son crónicas, pueden producir cambios persistentes en los tejidos —como úlceras, neurodermatitis o hipertensión esencial—. Los psicólogos de la salud han tratado estas clases de síntomas en varias formas. En el caso de las técnicas respondientes, por lo común se utilizan intervenciones de extinción o desensibilización sistemática.

En la *extinción* se elimina una reacción emocional condicionada creando una situación en que los estímulos condicionados ya no se asocien con los estímulos ambientales que generaban el comportamiento. Este enfoque puede utilizarse, por ejemplo, para eliminar el temor de los niños de visitar al dentista. Se lleva al pequeño al consultorio del dentista, se familiariza con el personal del consultorio, se le permite conocer a otros niños que han negociado con éxito los terrores de la odontología, etcétera. En resumen, se extinguen las reacciones emocionales del niño debido a que, con el tiempo, se produce menos ansiedad en el consultorio del dentista. Una variación serían las técnicas de exposición descritas en el capítulo 14. En lugar del enfoque gradual que se acaba de describir, el menor, bajo supervisión profesional, sería obligado a permanecer en la "situación aterradora", la ansiedad alcanzaría su máximo y luego disminuiría con rapidez, y el niño aprendería por consiguiente que la ansiedad era innecesaria. El resultado es la extinción de las respuestas de ansiedad.

La *desensibilización sistemática* es un buen ejemplo de contracondicionamiento (véase el Cap. 14). Si puede enseñarse al paciente a relajarse frente a los estímulos que provocan ansiedad, ésta disminuye. Las técnicas de *relajación* están diseñadas para permitir a los individuos producir un estado de excitación disminuida por medio de sus propios esfuerzos. Como un paso preliminar, por lo general se enseñan a los pacientes los principios conductuales básicos relacionados con sus síntomas y la manera en que la terapia se relaciona con la puesta en práctica de esos principios. Por ejemplo, a un paciente cuyo estilo de vida estresante ha conducido a algunos problemas físicos se le enseñaría la relación entre el estilo de vida y la enfermedad por medio de una explicación verbal bas-

RECUADRO 17-1

Tema controvertido *La función de la psicología de la salud en el futuro: síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)*

Chesney (1993) ha ilustrado los desafíos que es probable que enfrenten los campos de la psicología de la salud y de la medicina conductual en el futuro utilizando como ejemplo la diseminación epidémica de la infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y la subsiguiente condición letal del SIDA. Se estima que millones de estadounidenses están infectados con VIH. Además, un estimado de 270 841 personas viven con SIDA, y este número se incrementa cada año (Centers for Disease Control and Prevention, 1998). Debido a que en la actualidad no hay cura para el SIDA ni vacuna contra el VIH, es de suma importancia la prevención del comportamiento de alto riesgo (Chesney, 1993). Además, los sujetos infectados con el virus que se vuelven sintomáticos necesitan tratamiento psicológico que se enfoque en el afrontamiento del SIDA. Chesney (1993) delinea cinco tendencias en la medicina relacionadas con la infección con VIH y el SIDA, así como con otras condiciones que están dentro del campo de la psicología de la salud y la medicina conductual:

1. *Identificación temprana de los que están en riesgo.* Respecto de la infección con VIH, esto significa fomentar los exámenes voluntarios, el consejo después de la difusión de los resultados y la disminución (y con optimismo detener) el comportamiento de alto riesgo (como el sexo sin protección y compartir agujas).
2. *Expectativas de cambio conductual a partir de programas exitosos.* Para detener la diseminación del VIH, debe cambiarse el comportamiento. Además, en este caso la "recaída" (por ejemplo, tener sexo sin protección) entraña consecuencias potencialmente letales. Es importante mantener el cambio del comportamiento incorporando factores que han mostrado en forma empírica que conducen a un comportamiento que no es de alto riesgo.
3. *Población creciente que enfrenta la enfermedad crónica.* Junto con una tendencia hacia el "encanecimiento" de Estados Unidos y el incremento de la frecuencia de enfermedades crónicas que atormentan a los adultos mayores, el número de estadounidenses que tendrán SIDA en el futuro cercano aumentará en forma drástica la necesidad de servicios relacionados con la salud. De manera específica, los psicólogos de la salud serán llamados cada vez más a asistir en la enseñanza de habilidades de afrontamiento a pacientes y cuidadores primarios.
4. *Ampliación de perspectivas.* Los psicólogos de la salud necesitarán incorporar las perspectivas comunitaria y de salud pública, además de enfocarse en el paciente individual. Por ejemplo, las campañas en los medios masivos de comunicación basadas en la comunidad y las intervenciones basadas en la comunidad son necesarias para combatir la diseminación del VIH y otros precursores de enfermedades crónicas.
5. *Abordar los problemas de salud en una escala global.* Debemos tener en cuenta que las enfermedades y los padecimientos afectan a las personas en todo el mundo, y éstas deben abordarse en todas las naciones. Por ejemplo, J. M. Mann (1991) reportó que la Organización Mundial de la Salud estima que de 30 a 40 millones de personas (adultos y niños) serán infectados con VIH para el año 2000.

Por último, debería mencionarse una especie de paradoja. Conforme se dispone con mayor facilidad de medicamentos que mejoran la duración de la supervivencia para pacientes con SIDA, el temor asociado con el síndrome y la infección con VIH ha comenzado a amainar. Una consecuencia involuntaria ha sido el aumento de los comportamientos riesgosos (como el sexo sin protección), en especial entre adolescentes y adultos jóvenes. Por consiguiente, un reto para la psicología de la salud y otros campos es educar al público y poner en práctica intervenciones que sirvan para disminuir la frecuencia del comportamientos de alto riesgo, en especial en los grupos más jóvenes.

tante extensa (o material de lectura). Después de esto, podría llevarse a cabo una evaluación psicofisiológica minuciosa, utilizando equipo de registro, autoestimaciones de la tensión y la observación del terapeuta.

A continuación, se enseña a los pacientes a autosupervisarse. Por ejemplo, podría entrenárseles sobre cómo y cuándo registrar la presencia de jaquecas. Se les enseñaría a registrar datos en presencia de estímulos ambientales que preceden a la jaqueca, su respuesta a ésta y las consecuencias que siguen a los síntomas.

Por último, los pacientes reciben entrenamiento específico en relajación. El capítulo 14 proporciona información detallada sobre esto. Se engendran expectativas positivas para un buen resultado y se arreglan las condiciones físicas de modo que sea fácil lograr la relajación (adoptar una posición cómoda, aflojar la ropa apretada, ajustar la iluminación). La práctica regular en el consultorio del terapeuta es seguida por práctica en el hogar.

¿Cuán efectivas son las técnicas de relajación para tratar los problemas abordados por los psicólogos de la salud? La relajación parece ser efectiva en el tratamiento de la hipertensión, las jaquecas por tensión y la ansiedad (Brannon y Feist, 2000). Cuando se combina con imaginación guiada, una técnica en que los pacientes traen a la conciencia imágenes de situaciones pacíficas y calmadas, la relajación también ha funcionado contra el dolor quemante, la náusea y la ansiedad asociados con la quimioterapia (Brannon y Feist, 2000).

Métodos operantes

Las respuestas aprendidas pueden mantenerse o eliminarse por medio de las consecuencias que producen. Como se comentó en el capítulo 14, los comportamientos reforzados tienden a repetirse, mientras que la frecuencia de los comportamientos que no son reforzados o que son castigados tiende a disminuir.

El *condicionamiento operante* puede utilizarse en la psicología de la salud y en la medicina conductual para incrementar comportamientos que se dice conducen hacia la salud o para disminuir aquellos que se supone que contribuyen a los problemas de salud. Por ejemplo, los psicólogos de la salud han utilizado métodos operantes para tratar comportamientos de dolor (Brannon y Feist, 2000). Desde una perspectiva operante, muchos de los comportamientos relativos al dolor que exhiben los pacientes (quejas, gemidos, etc.) se inician y conservan debido a un reforzamiento positivo. Los miembros de la familia y el personal médico pueden haber puesto más atención al paciente después de estos comportamientos. Reforzadores adicionales podrían incluir simpatía, tiempo sin trabajar o menores expectativas de la familia. Para cambiar estos comportamientos de dolor, puede entrenarse a los familiares y al personal médico para que refuercen comportamientos más deseables (como los intentos por volverse más activos desde el punto de vista físico) y para que ignoren comportamientos menos deseables (como las quejas constantes). La investigación sugiere que estos enfoques de los comportamientos de dolor muestran algún éxito, indicado por un aumento en la actividad física y una disminución en la ingestión de analgésicos (Brannon y Feist, 2000).

Por último, los psicólogos de la salud pueden utilizar *contratos de contingencias*. En este método el terapeuta y el paciente suscriben un acuerdo formal o contrato que especifica los comportamientos que se esperan, al igual que las consecuencias para determinados comportamientos. Por ejemplo, los pacientes pueden ser reforzados por participar más en terapia física, tomar sus medicamentos o reducir su número de quejas somáticas. El reforzamiento puede tomar la forma de fichas que pueden intercambiarse por algo de valor para el paciente.

Estrategias cognitivas conductuales

Los psicólogos de la salud utilizan una variedad de técnicas cognitivas, las cuales pueden usarse solas o en concierto con otras estrategias, como la relajación o la retroalimentación biológica. Algunos de estos métodos, como la reestructuración racional y el entrenamiento para la inoculación contra el estrés, se expusieron en el capítulo 14. Todos enfatizan la función del pensamiento en la etiología y mantenimiento de los problemas. Las intervenciones cognitivas conductuales buscan cambiar o modificar las cogniciones y percepciones que se cree que se relacionan con el problema de un paciente.

La lista de tratamientos "bien establecidos" validados en forma empírica que se presentó en el capítulo 11 contiene varios tratamientos cognitivos conductuales contra el estrés u otros problemas de salud. En el capítulo 14 expusimos el entrenamiento

para la inoculación contra el estrés (EIE) a fin de afrontar varios factores productores de tensión. Los psicólogos de la salud aplican este enfoque en una amplia variedad de pacientes (por ejemplo, aquejados por dolor crónico). Otros tratamientos cognitivos conductuales efectivos para problemas de salud incluyen aquellos contra jaquecas, dolor, tabaquismo y bulimia.

La terapia cognitiva conductual es un componente importante de un tratamiento para jaquecas crónicas (Blanchard y Andrasik, 1985). El tratamiento de Blanchard y Andrasik comienza con un componente psicoeducativo, en el cual se destacan los siguientes puntos al que padece las jaquecas: 1) la tensión, ansiedad y preocupación pueden causar jaqueca, 2) ésta es una señal del cuerpo de que la persona no está afrontando en forma efectiva el estrés, 3) cualquier situación puede conducir al estrés —nuestras interpretaciones y creencias acerca de una situación determinan si ésta genera tensión o no— y 4) hay algunas creencias o expectativas comunes que pueden conducir al estrés y a la jaqueca. En el tratamiento, se enseña a los pacientes a supervisar sus procesos de pensamiento por medio de un *registro de autosupervisión* siempre que ocurre la tensión, preocupación o ansiedad. En la figura 17-3 se presenta una muestra de este registro para hechos asociados con las jaquecas. En cada situación, los pacientes enlistan las claves que desencadenan la tensión y la ansiedad, las sensaciones físicas, sus pensamientos justo antes del inicio de la tensión, una estimación de sus emociones y sus respuestas conductuales al episodio (como retraimiento o ataque).

El terapeuta utiliza estos datos para adecuar intervenciones específicas. Primero, se hacen intentos para conectar situaciones, los pensamientos del paciente y las respuestas emocionales y conductuales. El terapeuta enfatiza que los pensamientos del paciente son un vínculo crucial en el proceso que produce jaquecas y que estos patrones de pensamiento pueden modificarse. Los pensamientos, expectativas y creencias "desadaptativos" del paciente (las asociadas con el estrés y las jaquecas) se examinan con detenimiento y se desafía su validez. Por ejemplo, un profesor puede informar qué pensamientos respecto de la inadecuación ("Nunca voy a terminar de escribir este capítulo") preceden a la experiencia de tensión y ansiedad que conduce a la jaqueca. El terapeuta podría desafiar estos pensamientos ("¿En verdad nunca ha terminado ningún artículo o capítulo?") y entrenar al profesor para que interrumpa la cadena situación→pensamiento→tensión utilizando estrategias de pensamiento y afrontamiento alternativas (repitiendo, en forma interna, pensamientos más adaptativos como "Esta tarea es difícil pero la haré, del mismo modo que he sido capaz de hacerla en el pasado"). Por último, conforme el paciente es capaz de poner en práctica estas formas alternas de pensamiento y afrontar situaciones de la vida real y lograr algún éxito, el terapeuta refuerza el progreso por medio del elogio.

Retroalimentación biológica

La retroalimentación biológica ha adquirido gran popularidad y, para algunos, se ha convertido casi en sinónimo de medicina conductual. En ciertas condiciones, los pacientes pueden aprender a modificar o controlar procesos fisiológicos, como el ritmo cardiaco, la presión sanguínea y las ondas cerebrales.

La *retroalimentación biológica* abarca una amplia colección de procedimientos. De manera básica, sin embargo, algún aspecto del funcionamiento fisiológico del paciente (como el ritmo cardiaco o la presión sanguínea) es supervisada por un aparato que provee de información al paciente en la forma de una señal auditiva, táctil o visual. La idea es que el paciente modifique esa señal cambiando la función fisiológica. Por tanto, un sujeto que experimenta jaquecas graves podría tener electrodos en la frente. Los electrodos detectan contracciones musculares diminutas en esa región de la cabeza, las cuales se amplifican y se transforman en tonos. Los tonos varían conforme cambia la actividad muscular. La tarea del paciente es reducir o eliminar de manera voluntaria el tono, lo que significa por tanto reducir la tensión muscular y la disminución correspondiente de la jaqueca.

La retroalimentación biológica ha demostrado su efectividad contra una variedad de problemas (Brannon y Feist, 2000). Por ejemplo, se ha utilizado con éxito en estudios clínicos para reducir el dolor de cabeza, la tensión muscular inferior y disminuir el dolor de la espalda baja. Sin embargo, deben plantearse varias advertencias. Primera, en algunos casos, los efectos de la retroalimentación biológica no son superiores a los obtenidos con la relajación. Esto es

FIGURA 17-3 Ejemplo de registro de autosupervisión para situaciones asociadas con jaquecas por tensión

HORA	*SITUACIÓN*	*SENSACIONES FÍSICAS*	*PENSAMIENTOS*	*SENTIMIENTO (0–100)*	*COMPORTAMIENTO*
8:00 a.m.	Desayuno, mi esposo dice que me veo "dispersa".		Preocupada por llegar a trabajar a tiempo. (Si llego tarde, el señor __ lo notará.)	Ansiedad (25) Herida (20)	Prisa por desayunar, dejo los platos en el fregadero.
10:00 a.m.	Me dan demasiadas cartas técnicas para mecanografiar.	Malestar estomacal por el café, músculos tensos.	Todos asumen que soy la supermujer. Nadie tiene en cuenta otras demandas en mi tiempo.	Ansiedad (30) Enfado (20)	Me apresuro a mecanografiar, soy lacónica en el teléfono, tomo un descanso adicional largo para calmarme.
12:00 p.m.	Jerry (compañero de trabajo y supervisor) me invita a almorzar. Habla en forma sugestiva sobre su divorcio reciente.	Mareada, sensaciones de hormigueo en cabeza y rostro, náusea.	Jerry está galanteando. No me gustaría tener que rechazarlo, de modo que, ¿por qué estoy aquí? ¿Soy seductora?	Ansiedad (50) Incómoda (40) ¿Esto es un sentimiento?	Trato de ofrecer simpatía pero resiento el motivo ulterior. Es probable que sea brusca.
2:00 p.m.	Spencer me da un reporte largo con cinco tablas que tiene que estar listo a las 5:00 p.m.	Jaqueca, en la nuca.	Lo mando a la ch__; ni siquiera preguntó que otra cosa tenía que hacer. Fantaseo que Spencer se queda atorado en el elevador. No hay tiempo para relajarse.	Ira (60) Ansiedad (60)	Mecanografío el reporte en forma distraída
4:00 p.m.	Reporte completado	Empeora la jaqueca, náusea.	Si pudiera dejar de rumiar y fuera más organizada, terminaría más trabajo.	Ira (40) Ansiedad (50)	Doy el reporte para corrección. Me quejo con Susan. Mecanografío cartas.

Fuente: tomado de Holroyd, K. A. y Andrasik, F. (1982). "A cognitive-behavioral approach to recurrent tension and migraine headache", en P. E. Kendell (ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol. 1). Nueva York: Academic Press. Usado con autorización.

importante debido a que la retroalimentación biológica requiere equipo costoso y personal capacitado. Por tanto, el costo de este tratamiento es mucho más alto que algunas opciones, como la relajación. Segunda, dado que la retroalimentación biológica y la relajación a menudo se incluyen en el mismo paquete de tratamiento, en ocasiones es difícil separar los efectos de una y otra. No obstante, algunos estudios han separado los efectos respectivos y reportaron que la retroalimentación puede proporcionar efectos positivos únicos, en especial para quienes no responden a las técnicas de relajación (Lehrer, Carr, Sargunaraj y Woolfolk, 1994).

Aun así, muchos críticos siguen incómodos respecto de la posición científica de la retroalimentación biológica. Algunos son suspicaces debido a los pronunciamientos cultistas, maniáticos o evangelistas de algunos de sus practicantes. En algunos casos, la retroalimentación biológica parece operar en gran medida como un placebo. Aunque los defensores señalan los muchos informes clínicos de su eficacia, otros han hecho el juicio áspero de que "no hay evidencia convincente en absoluto de que la retroalimentación biológica sea una técnica esencial o específica para el tratamiento de cualquier condición" (Roberts, 1985, p. 940).

La retroalimentación biológica puede no conducir, por sí misma, a ganancias terapéuticas óptimas. Cuando es efectiva, por lo general es parte de un paquete mayor que también incluye relajación o estrategias cognitivas; fuera del paquete puede perder su efectividad. Sin embargo, puede servir como ejemplo para el paciente de que es posible la autorregulación en la vida. Es posible que esta técnica funcione mejor en la clínica que en el laboratorio de investigación, debido a que la clínica coloca a la máquina de retroalimentación biológica en un contexto mayor de una relación clínica comprensiva y técnicas terapéuticas adicionales. Cuando menos, la retroalimentación biológica parece ser una técnica útil para enseñar a los pacientes a percatarse más de sus señales corporales y de lo que éstas pueden significar.

Prevención de problemas de salud

Casi todos están de acuerdo en que unos cuantos comportamientos simples, si se practican ampliamente, reducirían en forma considerable las víctimas de la miseria humana y el torrente de dólares que se derrama a raudales en el sistema de atención de la salud. Éstos incluyen la reducción de nuestro consumo de sal y de alimentos grasosos, conducir con cuidado y utilizar los cinturones de seguridad, hacer ejercicio con frecuencia, evitar los cigarrillos y disminuir el estrés. Pero dar consejos y hacer que la gente los siga son dos cosas muy diferentes. Por consiguiente, los psicólogos, otros especialistas conductuales y profesionales médicos han montado programas de investigación para aprender a tratar y prevenir una variedad de comportamientos humanos potencialmente perjudiciales. En esta sección expondremos los esfuerzos de prevención en varias áreas importantes relacionadas con la salud: el tabaquismo, el abuso del alcohol y el control del peso.

Tabaquismo

El incremento en el conocimiento de los peligros del tabaquismo ha conducido a una disminución constante desde mediados de la década los años sesenta del porcentaje de estadounidenses que son fumadores habituales (Brannon y Feist, 2000). Sin embargo, las tasas de tabaquismo difieren de acuerdo con el género, el nivel de educación y el ingreso. Una tendencia desconcertante es que la tasa de tabaquismo femenino ha mostrado una disminución mucho menor que la masculina (Centers for Disease Control and Prevention, 1994). De hecho, entre los empleados de oficina la tasa de tabaquismo femenino ahora excede al masculino.

El tabaquismo se ha vinculado con mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y cáncer, las dos causas principales de muerte en Estados Unidos. Aun cuando el tabaquismo incrementa las probabilidades de muerte prematura por padecimientos como los trastornos coronarios, cánceres del aparato respiratorio, enfisema y bronquitis, las personas todavía fuman. ¿Por qué? Las posibles razones incluyen control de la tensión, presión social, rebeldía, la naturaleza adictiva de la nicotina y rasgos de personalidad influidos genéticamente como la extroversión (Brannon y Feist, 2000; Krantz, Grunberg y Baum, 1985). Se considera que el control de la tensión y la presión social son razones para iniciar el tabaquismo, mientras que la rebeldía, la adicción y la personalidad son vistos sobre todo como factores de mantenimiento.

Se ha utilizado una variedad de técnicas para inducir a las personas a dejar de fumar, incluyendo programas educativos, terapia aversiva (como fumar rápido), contratos conductuales, acupuntura, terapia cognoscitiva y apoyo de grupo (Brannon y Feist, 2000). Sin embargo, las tasas de recaída son altas (70-80%) y los hallazgos de las investigaciones respecto de cuál enfoque de cese es mejor son contrapuestos. La mayoría de los fumadores que lo dejan, lo hacen por su cuenta.

El mejor enfoque parece ser prevenir que empiece el hábito. Por desgracia, la educación sola (como los mensajes de advertencia en las cajetillas) no parece disuadir de fumar a los jóvenes (Brannon y Feist, 2000). Lo que parece ser más efectivo es enfocarse en las consecuencias negativas inmediatas en lugar de demoradas, enseñar habilidades de afrontamiento e incrementar los sentimientos de autoeficacia.

Uno de los primeros programas de prevención de componentes múltiples alentadores dirigidos a niños y adolescentes se basaba en principios de aprendizaje social y utilizaba a semejantes como modelos (R. I. Evans, 1976). Presentaciones grabadas en video, modelamiento de semejantes, grupos de discusión, representación de papeles, supervisión del fumar y comprobar en forma repetida las actitudes y conocimiento sobre el tabaquismo se usaron con niños de educación elemental. Este enfoque parece superar a los utilizados con adolescentes que se centran en los efectos negativos a largo plazo. El truco parece ser centrarse en las consecuencias negativas inmediatas (por ejemplo, de los semejantes), no en las demoradas (como el enfisema). Se han emprendido en otros estados programas similares al de Evans en Houston. Otros programas de prevención que usan estudiantes en lugar de modelos adultos para alentar a los adolescentes a que no fumen también han tenido éxito (por ejemplo, Murray, Richards, Luepker y Johnson, 1987). Los programas que enseñan habilidades para rechazarlo (practicar para responder a ofertas grabadas de cigarrillos) también parecen reducir las tasas de tabaquismo (Elder y cols., 1993).

Abuso y dependencia del alcohol

Se estima que alrededor de 70% de los hombres y 50% de las mujeres en Estados Unidos consumen bebidas alcohólicas (United States Department of Health and Human Services, 1993). Aunque algunos estudios han sugerido que el alcohol tiene beneficios positivos para la salud en el caso de bebedores ligeros o moderados, su consumo también se ha asociado con diversos resultados negativos. El uso excesivo se ha asociado con un incremento en el riesgo de daño hepático o neurológico, ciertas formas de cáncer, problemas cardiovasculares, síndrome de alcoholismo fetal, agresión física, suicidio, accidentes en vehículos automotores y violencia (USDHHS, 1997). Esta lista extensa de problemas relacionados con el alcohol ha convertido en una prioridad alta el tratamiento y prevención del abuso y la dependencia del alcohol (alcoholismo).

A lo largo de los años, se han aplicado muchos enfoques de tratamiento a los bebedores problema; la mayor parte de estos tratamientos predica la abstinencia total. Éstos han variado de tratamientos médicos y medicamentos como el disulfiram (Antabús) y naltrexona a la psicoterapia tradicional y estrategias de grupo de apoyo como Alcohólicos Anónimos. Sin embargo, el alcoholismo es un problema que ha sido resistente en extremo a casi todas las intervenciones, y la tasa de recaída es alta.

Otro enfoque, más controvertido, para el tratamiento de los problemas con el alcohol es la *bebida controlada* (Sobell y Sobell, 1978). Como el nombre indica, este concepto tiene como meta la bebida ligera a moderada (pero controlada). Se enseña a los clientes a desarrollar respuestas de afrontamiento alternativas (distintas a beber) y a supervisar de cerca la ingestión de alcohol. El campo está dividido respecto de los méritos de este enfoque, pero la investigación sugiere que la bebida controlada es una opción de tratamiento viable para algunos alcohólicos (USDHHS, 1997). Muchos programas de tratamiento contra el alcohol también incorporan entrenamiento para la *prevención de la recaída* (Marlatt y Gordon, 1985). La mayoría de los clientes tratados por problemas con el alcohol tienen un episodio de recaída poco después de que termina el tratamiento. En lugar de ver esto como un fracaso (una señal de que es inminente una recaída total), se les enseñan habilidades y comportamientos de afrontamiento que pueden utilizar en situaciones de "alto riesgo" para hacer menos probable la recaída total.

El abuso y la dependencia del alcohol son problemas complejos que con toda probabilidad requerirán estrategias de tratamiento multimodales. Debido a las dificultades con los enfoques secundario y terciario para el tratamiento o la prevención, cada vez más profesionales han recurrido a la prevención primaria

PERFIL 17-1

Beth E. Meyerowitz, Ph. D.



La doctora Beth Meyerowitz es profesora de psicología en el Departamento de Psicología de la Universidad del Sur de California y profesora asociada de medicina preventiva en la Escuela de Medicina de la misma universidad. Es una experta en cuestiones de calidad de vida y afrontamiento en pacientes de cáncer y sus familiares. Entre sus muchos honores y logros, es miembro del grupo de expertos del Comité de Revisión del Comportamiento de la Salud y Prevención (Health Behavior and Prevention Review Committee) para el Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health), es revisora de diversas revistas especializadas prominentes de psicología clínica y ha recibido varios premios por su enseñanza en licenciatura. Ha publicado numerosos artículos y capítulos de libros en su campo y ha obtenido varias becas federales para financiar sus investigaciones.

La doctora Meyerowitz respondió a varias preguntas que le planteamos respecto de sus antecedentes e intereses y ofreció sus puntos de vista sobre el futuro de la psicología clínica y la psicología de la salud.

¿Por qué se interesó en un principio en el campo de la psicología clínica?

Mirando en retrospectiva, me doy cuenta que me interesé en la psicología clínica cuando tenía 14 años. Durante ese verano, era consejera voluntaria en un campamento diurno para niños con parálisis cerebral. Disfruté en grande jugando con los niños y enseñándoles, pero sobre todo me di cuenta de que estaba fascinada tratando de entender la experiencia de estos niños con discapacidades graves y sus familias. Estaba especialmente intrigada porque algunas familias parecían afrontarlo muy bien, aun frente a lo que parecían dificultades abrumadoras. ¿Cómo era posible que algunos individuos, cuando enfrentaban problemas crónicos sobre los cuales tenían poco control, podían parecer tan felices y bien adaptados? A lo largo del bachillerato y la universidad, trabajé como voluntaria en diferentes escenarios clínicos. En cada uno me encontré preguntándome cómo algunas personas se las arreglaban bien, mientras que otras enfrentaban una angustia y perturbación progresivas en sus vidas. Para cuando solicité mi ingreso a la escuela de graduados, sabía que deseaba enfocarme en la investigación acerca de la forma en que los individuos "normales" desde el punto de vista psicológico reaccionan ante las situaciones estresantes crónicas y las afrontan.

Describa en qué actividades participa como psicóloga clínica.

Como psicóloga clínica en el departamento de psicología de una universidad, mis actividades principales son la enseñanza, la investigación y la administración. Mi enseñanza en el salón de clases incluye cursos de licenciatura de introducción a la psicología clínica y sexualidad humana y seminarios de posgrado sobre introducción a la entrevista clínica, sexualidad humana y psicología de la salud. También paso mucho tiempo con estudiantes de licenciatura y posgrado supervisando proyectos de investigación. Mis actividades de investigación incluyen la planeación y diseño de estudios, la elaboración de colaboraciones con médicos y grupos de pacientes, redacción de propuestas para becas, supervisión de recopilación de datos, análisis del resultado de investigación, pláticas y redacción de artículos para revistas especializadas. Además de mi investigación y enseñanza, participo en diversas organizaciones y comités tanto en el ámbito universitario como a nivel nacional. También reviso becas para el NIH y varios gobiernos extranjeros, reviso artículos para revistas psicológicas y médicas, y soy examinadora para el otorgamiento de licencias en el Estado de California. Una de las cosas que me gustan más de ser psicóloga clínica académica es que soy capaz de realizar una amplia variedad de actividades interesantes.

¿Cuáles son sus áreas particulares de experiencia o interés?

Mi investigación se enfoca de manera principal en la calidad de vida y afrontamiento entre pacientes y

familiares después del diagnóstico de una enfermedad crónica, en particular cáncer. Estoy interesada en comprender las reacciones comunes al diagnóstico y tratamiento a lo largo de los dominios de la calidad de vida, incluyendo los cambios emocionales, cognitivos, sociales, físicos y funcionales. ¿Qué pueden esperar los pacientes, sus familias y proveedores de atención de la salud en diferentes etapas de la enfermedad? ¿Qué factores de la persona, sociales, contextuales o médicos predicen quién se adaptará con rapidez y quién tendrá problemas subsiguientes? ¿Cuáles son los mecanismos psicológicos a través de los cuales estos factores intervienen en la adaptación? ¿Cuáles son los procesos por medio de los cuales muchos individuos encuentran beneficio y significado en la adversidad? En fechas recientes, mis colegas y yo hemos estado elaborando y probando intervenciones psicosociales breves diseñadas para mejorar la calidad de vida y robustecer las habilidades de afrontamiento en pacientes con cáncer en sus etapas iniciales y sus parejas. También he estado interesada en cuestiones de cultura y etnicidad, las cuales investigo por medio de proyectos de investigación en Italia y con poblaciones diversas en Estados Unidos.

¿Cuáles son las tendencias futuras que ve para la psicología clínica?

Creo que las posibilidades más emocionantes para el futuro de la psicología clínica se encuentran en nuestra pericia como investigadores clínicos. Los psicólogos clínicos participan en la ampliación de los límites tradicionales de la investigación y en la expansión de las metodologías para abordar una amplia gama de cuestiones relacionadas desde el punto de vista clínico. Se nos pedirá que diseñemos investigaciones que sean sensibles a las necesidades sociales, al igual que tengan bases firmes en una teoría y metodología sanas. Debido a que la investigación es una habilidad transportable, las actividades de investigación pueden albergarse en escenarios comunitarios por medio del establecimiento de vínculos entre científico y comunidad. También espero que los psicólogos clínicos tengan que defender su función como proveedores de servicios, a la luz de las demandas crecientes para documentar las áreas en que una capacitación de nivel de doctorado es esencial para el rendimiento óptimo. Los psicólogos con grados de doctorado podrían ser llamados a elaborar tratamientos efectivos y herramientas de evaluación psicométricamente sólidas para determinar cuáles tratamientos son más adecuados para cuáles individuos. Necesitará tomarse en cuenta la relación entre costo y efectividad en una variedad de campos clínicos.

¿Cuáles son algunas tendencias futuras que ve en la psicología de la salud?

La psicología de la salud y la medicina conductual son campos de estudio relativamente nuevos, los cuales han recibido una atención que se ha incrementado en forma impresionante durante las pasadas tres décadas. Como tal, el campo está muy abierto al desarrollo en numerosas direcciones emocionantes. Por ejemplo, estamos aprendiendo mucho sobre la importancia de los factores psicológicos en el origen de las enfermedades debido al impacto del estrés y el aislamiento en el funcionamiento inmunológico y hormonal. Además, los psicólogos de la salud deberían continuar elaborando teorías e intervenciones diseñadas para incrementar comportamientos sanos y disminuir los comportamientos riesgosos. Después de todo, gran parte de las muertes prematuras en los países industriales se relaciona con la dificultad del individuo para adoptar lineamientos para una vida sana. La investigación en estas dos áreas necesita extenderse a las poblaciones mal atendidas, con atención a la identificación de la función de la cultura para influir en la salud y en la calidad de vida resultante. La investigación de la cultura también debería incluir la investigación de la cultura del sistema de atención de la salud y de formas para hacer que dicha atención sea más "amigable" con los pacientes y su familia. Una comprensión general requerirá la consideración de comportamientos relacionados con la salud y la calidad de vida dentro del contexto de la vida actual del individuo, en lugar de como dominios separados y aislados. Con esta información, los psicólogos pueden continuar elaborando enfoques nuevos para la prevención primaria, secundaria y terciaria. Anticipo que conforme los investigadores desarrollen intervenciones conductuales y psicosociales que sean efectivas y se integren con facilidad en el suministro actual de atención de la salud, estas intervenciones se volverán gradualmente componentes de la atención estándar. En la medida en que los psicólogos puedan demostrar los beneficios en ahorro de dinero de la psicología de la salud y la medicina conductual, será más probable que los aseguradores comiencen a reembolsar por dichos servicios.

para anticiparse al desarrollo de los problemas con la bebida. Tanto para la bebida como para el abuso de drogas, se están elaborando programas parecidos a los diseñados para prevenir que fumen los adolescentes. A menudo se ponen en práctica estos programas por medio de cursos de educación para la salud en el bachillerato o con campañas en los medios masivos de comunicación. Los programas de prevención basados en la escuela comprenden uno o más de los siguientes componentes: educación afectiva (formación de autoestima, incremento de habilidades de toma de decisiones), habilidades para la vida (habilidades de comunicación, entrenamiento asertivo), entrenamiento de resistencia (aprender a resistir las presiones para beber alcohol) y corrección de percepciones erróneas acerca de las normas de los semejantes (USDHHS, 1997). La evidencia de la investigación reciente sugiere que los programas que incorporan el entrenamiento de resistencia a los semejantes y la corrección de percepciones erróneas respecto de las normas de los mismos muestran la mayor promesa (USDHHS, 1997).

Obesidad

Los tratamientos conductuales contra la obesidad han sido más comunes que contra cualquier otra condición. Una razón para este énfasis es que la obesidad se asocia con trastornos médicos como diabetes, hipertensión, enfermedad cardiovascular y ciertos cánceres (Brannon y Feist, 2000). También es una condición estigmatizadora desde el punto de vista social que deteriora el autoconcepto e inhibe el funcionamiento en una amplia colección de escenarios sociales. A menudo los problemas de peso pueden rastrearse hasta la infancia: de 10 a 25% de todos los niños son obesos y 80% de ellos se convierte en adultos obesos (Stunkard, 1979).

Aunque es claro que la obesidad tiene un componente genético (Meyer y Stunkard, 1993), las causas de la obesidad sin duda representan interacciones complejas entre factores biológicos, sociales y conductuales, y son difíciles de precisar los mecanismos exactos. Los métodos de tratamiento médicos y dietéticos tradicionales no han sido muy efectivos; los individuos obesos pierden peso pero luego lo recuperan con rapidez. Además, la tasa de abandono puede ser alta en los programas de control de peso tradicionales. La mayor parte de los programas de modificación del comportamiento incluyen componentes dirigidos a restringir ciertos tipos de alimentos, enseñar cuándo y en qué circunstancias comer, fomentar el ejercicio regular y conservar los patrones de alimentación modificados después de que ha terminado el programa.

Una vez más, la prevención temprana puede ser el mejor y más seguro camino para controlar el peso. Un ejemplo excelente de dicho enfoque es el Proyecto de obesidad en adolescentes de Stanford (Stanford Adolescent Obesity Project; Coates y Thoresen, 1981). Se utilizó una variedad de estrategias con adolescentes con la esperanza de que el control en esta edad conduciría a la prevención cuando fueran adultos. Las estrategias fueron autoobservación, eliminación de claves y apoyo social y familiar. Estas intervenciones fueron bastante más efectivas cuando participaron los padres. Muchos investigadores están explorando también la posibilidad de usar grupos de discusión entre semejantes. Un estudio reciente de resultados de diez años de un tratamiento conductual basado en la familia contra la obesidad infantil sugiere que la intervención temprana en la infancia puede efectuar cambios importantes y duraderos en el control del peso (Epstein, Valoski, Wing y McCurley, 1994).

Otras aplicaciones

Las iniciativas de tratamiento y preventivas deben complementarse con técnicas que alienten a los pacientes a afrontar los procedimientos médicos y a seguir los consejos del médico.

Afrontamiento de procedimientos médicos

El hecho de enfrentar una cirugía, una visita al dentista o una variedad de exámenes médicos han sido suficientes para atemorizar el corazón del más fuerte. Enfrentados con tales procedimientos, muchos pacientes demoran sus visitas o incluso las olvidan. Los psicólogos de la salud que se especializan en medicina conductual han desarrollado intervenciones para ayudar a enfrentar el estrés que rodea dichos procedimientos.

Exámenes y procedimientos médicos. Algunos exámenes o procedimientos médicos son muy estresantes. No obstante, sin ellos el diagnóstico puede ser erróneo e incluso se puede perder una intervención vital. Un buen ejemplo es la sigmoidoscopia, un procedimiento bastante común diseñado para examinar

la mucosa intestinal a fin de descubrir la presencia de cualquier excrecencia patológica en los últimos 25 centímetros del colon. Esto, a su vez, puede ayudar a la detección temprana y prevención del cáncer de colon. Sin embargo, para muchos pacientes el procedimiento es muy estresante. Comprende la inserción de un endoscopio en el colon, con algo de estiramiento del intestino. Aunque todo esto no es muy doloroso ni peligroso, desconcierta a muchas personas y lo perciben como un procedimiento humillante. Se han elaborado intervenciones que ayudan a los pacientes a afrontar el estrés de éste y otros procedimientos. Por ejemplo, podrían darse instrucciones breves para preparar al sujeto acerca de lo que debe esperar.

¿Qué clase de información tiene más probabilidad de ayudar a los pacientes a afrontar los procedimientos médicos estresantes? A menudo se diferencia entre *información de procedimiento* (descripciones de lo que ocurrirá) e *información sensorial* (descripciones de las sensaciones que tendrá). Las reseñas de estudios al respecto indican que aunque la preparación de procedimiento fue superior a la preparación sensorial en la reducción del sentimiento negativo, los reportes de dolor y otras angustias, la combinación de ambas preparaciones fue el método más efectivo (por ejemplo, Suls y Wan, 1989).

Además de las intervenciones de información, la evidencia apoya también el uso de intervenciones conductuales en determinadas situaciones. Por ejemplo, las punciones venosas son comunes en el curso del tratamiento del cáncer, y este procedimiento puede ser bastante angustiante para los niños que se someten al tratamiento, sus padres y las enfermeras que realizan el procedimiento (Manne y cols., 1990). Manne y colaboradores elaboraron una intervención conductual para reducir el nivel de angustia asociado con el procedimiento. Sus componentes incluyen distracción de la atención (utilizando globos de fiesta durante el procedimiento), ritmo de la respiración, reforzamiento positivo (por ejemplo, recibir calcomanías si el niño coopera) y entrenamiento de los padres. Los investigadores encontraron que este paquete de intervención redujo en forma marcada la angustia conductual de los pequeños, su ansiedad y las estimaciones de los padres del dolor del niño. Resulta interesante que este tratamiento no redujo de manera significativa el autorreporte de dolor de los niños.

Preparación para la cirugía. Se ha realizado una cantidad considerable de investigación sobre las formas de mejorar la preparación psicológica para la cirugía. De manera parecida a las utilizadas para preparar a los pacientes para los exámenes y procedimientos médicos, las intervenciones incluyen 1) estrategias de relajación, 2) información básica sobre los procedimientos que se emplearán, 3) información concerniente a las sensaciones corporales experimentadas durante los procedimientos y 4) habilidades de afrontamiento cognitivas (Brannon y Feist, 2000). Por ejemplo, Wilson (1981) realizó un estudio bien controlado en que se proporcionó entrenamiento intensivo en relajación. En una muestra de 700 pacientes sometidos a colecistectomía (extirpación de la vesícula biliar) o histerectomía abdominal, esta intervención de relajación no sólo redujo las permanencias en el hospital, sino que mejoró tanto los informes personales como los datos fisiológicos.

Otra técnica se utilizó con niños a punto de ser sometidos a cirugía. Se encontró que una película que mostraba a un *modelo de afrontamiento* disminuyó de manera significativa las reacciones emocionales de los menores durante su estancia en el hospital (Melamed y Siegel, 1975). El modelo de la película afrontaba con éxito el procedimiento. Quienes vieron la película antes de la cirugía estuvieron menos ansiosos antes de su operación y mostraron menos problemas de comportamiento después de ella. En general, las intervenciones de modelamiento más efectivas incluían modelos que 1) eran sometidos al mismo procedimiento que el espectador, 2) aparecían ansiosos al principio respecto al procedimiento y 3) afrontaban con éxito la ansiedad y el procedimiento (Brannon y Feist, 2000).

Cumplimiento de los regímenes

A pesar de la disponibilidad de estrategias de intervención, el hecho aún es que muchos individuos no siguen las intervenciones programadas o no mantienen su nuevo comportamiento durante un periodo significativo. Se estima que el índice de incumplimiento de los consejos médicos o de salud es aproximadamente de 50% (Brannon y Feist, 2000). Las estrategias de programa funcionales deben generar tanto cumplimiento como mantenimiento a largo plazo. Deben considerarse factores conductuales y psicosociales.

En general, los supuestos pronosticadores del cumplimiento del paciente pueden dividirse en cuatro categorías: características del padecimiento o enfermedad, características personales del paciente,

normas culturales e interacción entre el profesional y el sujeto (Brannon y Feist, 2000). En la tabla 17-2 se resumen los hallazgos de investigación concernientes a la relación entre una variedad de factores y el cumplimiento del paciente.

Los métodos educativos y de instrucción no han sido muy útiles para mejorar el cumplimiento, pero las intervenciones conductuales han demostrado tener más éxito (Brannon y Feist, 2000). DiMatteo y DiNicola (1982) recomiendan varias estrategias generales para mejorar el cumplimiento del paciente:

1. El uso de indicadores como recordatorios (por ejemplo, tomar la medicina antes de cada comida, llamadas telefónicas de proveedores).
2. Adecuar el régimen de tratamiento al horario y estilo de vida del paciente.
3. Utilizar contratos por escrito que prometen una recompensa al sujeto por cumplir los lineamientos del tratamiento.

Psicología de la salud: prospectos para el futuro

La psicología de la salud es una disciplina en crecimiento y cada vez ingresan más psicólogos cada año. Por consiguiente, ahora puede ser el momento para que este campo se analice y decida cómo capacitar mejor a los psicólogos de la salud y estructurar programas para lograr las metas de enseñanza (Belar, 1997). En esta última sección expondremos varias tendencias de la atención de la salud, los problemas de capacitación para los futuros psicólogos de la salud y cuestiones importantes que el campo de la psicología de la salud deberá abordar en el futuro.

Tendencias de la atención de la salud

Para fines de 1997, 85% de los estadounidenses pertenecía a alguna clase de plan de atención atención médica subsidiada (Winslow, 1998). En los sistemas de atención médica subsidiada, la contención de los costos es una prioridad alta. En capítulos anteriores hemos señalado el gran impacto que ha tenido y tendrá la atención médica subsidiada en los psicólogos clínicos. El impacto en los psicólogos de la salud será aun mayor debido a que estos especialistas a menudo trabajan en centros médicos o escenarios de atención primaria. Los psicólogos de la salud, por virtud de su capacitación, son adecuados para proporcionar intervenciones que servirán para reducir los costos de la atención médica (Belar, 1997; Friedman, Sobel, Myers, Caudill y Benson, 1995). Cuando las empresas y la industria se percaten de los costos que deben absorber de empleados cuyos hábitos y estilos de vida crean ausentismo, ineficiencia y movilidad, se espera que utilicen las habilidades de los psicólogos de la salud con más frecuencia.

Aunque parece haber una necesidad siempre creciente de que los psicólogos clínicos se especialicen en salud o medicina conductual, también debería señalarse que en la actualidad parece haber un excedente de profesionales de la salud mental. Por ejemplo, Frank y Ross (1995) estiman que hay aproximadamente 32.8 trabajadores sociales, 22.8 psicólogos, 13.1 psiquiatras y 4.3 enfermeras psiquiátricas por cada 100 000 estadounidenses (un total de 73 profesionales de la salud mental por cada 100 000). El problema estriba en las definiciones superpuestas de cada disciplina; todas afirman evaluar y tratar problemas similares. Conforme las apuestas económicas se vuelvan más altas, es probable que las autodefiniciones de estas disciplinas incorporarán conceptos y cuestiones que alguna vez se pensó eran características únicas de la psicología de la salud y la medicina conductual. Frank y Ross (1995) piden más coordinación de la planeación de la fuerza laboral de la salud en el ámbito nacional de Estados Unidos.

> Definir y establecer con claridad la función de la psicología en la atención de la salud también requiere esfuerzos para delinear las contribuciones únicas de la psicología entre un suministro creciente de otras profesiones relacionadas con la salud... los esfuerzos para establecer límites profesionales e identidades claras entre los diversos grupos de atención de la salud deberán basarse en el diálogo, la coordinación y la cooperación para asegurar que las necesidades de atención de la salud de la población sean satisfechas por profesionales calificados, éticos y competentes. (p. 524)

Problemas de capacitación

Los programas de psicología clínica aún son una fuente importante de psicólogos de la salud. Los modelos del profesionista científico y del científico clíni-

TABLA 17-2 Resumen de hallazgos que relacionan características de la enfermedad o padecimiento, características personales del paciente, normas culturales y factores de interacción entre el profesional y el paciente para la adhesión

Pronosticadores	*Hallazgos*
I. Características de la enfermedad	
1. Gravedad de los efectos secundarios de la medicación	Sin relación
2. Gravedad de la enfermedad	
(vista por el médico)	Sin relación
(vista por el paciente)	Relación positiva
3. Duración del tratamiento	Relación negativa
4. Complejidad del tratamiento	La complejidad conduce a la no adhesión, al igual que más de tres dosis
II. Características personales	
1. Edad	
Adultos	
(ejercicio hasta seis meses)	Relación positiva
(ejercicio después de seis meses)	Sin relación
(exploración de cáncer)	Relación curvilínea
(medicación contra la hipertensión)	Relación positiva
(diabetes)	Relación positiva
(cardiopatía)	Relación positiva
Adolescentes	
(diabetes)	Relación negativa
2. Género	
(ejercicio)	Hombres y mujeres iguales
(medicación contra la hipertensión)	Hombres y mujeres iguales
(dieta)	Mujeres más cumplidas
(medicación)	Mujeres más cumplidas
3. Apoyo social	Relación positiva
(régimen de hemodiálisis)	Relación positiva
(cumplir con las citas)	Relación positiva
4. Apoyo emocional	
(diabetes)	Relación positiva
(régimen cardiaco)	Apoyo emocional mejor pronosticador que el matrimonio
5. Rasgos de personalidad	
(trastorno de personalidad)	Sin relación
(obsesivo-compulsivo)	Relación positiva
(hostilidad cínica)	Relación negativa
6. Creencias personales	
(evitación del afrontamiento)	Relación negativa
(control personal)	Relación positiva
III. Normas culturales	
(pacientes diabéticos e hipertensos en Zimbabwe)	Las creencias culturales predicen el cumplimiento
(conocimiento de la cultura hispana) por parte del médico	Relación positiva
IV. Interacción entre el profesional y el paciente	
1. Comunicación verbal	
(información emocional)	Relación negativa
(desinterés del médico)	Relación negativa
2. Cualidades personales del profesional	
(simpatía)	Predice el cumplimiento
(género)	Las doctoras proporcionan más información
(habilidades de comunicación)	Relación positiva

Fuente: Brannon y Feist (2000), *Health Psychology: An introduction to behavior and health* (4a. ed.), pp. 98-99. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole. Reimpreso con autorización.

co adoptados por la mayor parte de los programas de psicología clínica les permiten capacitar a clínicos muy adecuados para la psicología de la salud. Hasta hace poco, ninguna otra especialidad de la psicología ofrecía la combinación de experiencias académicas, científicas, profesionales y hospitalarias requeridas para trabajar en escenarios médicos. Al mismo tiempo, Stroebe y Stroebe (1995) defendieron los antecedentes de los psicólogos sociales. Una vez más, se enfatizan las funciones de la metodología, análisis cuantitativo y diseño de investigación. Otras subespecialidades de la psicología también están bien representadas en la psicología de la salud. Muchas de las personas citadas en este capítulo son psicólogos experimentales o fisiológicos, no sólo psicólogos clínicos o sociales.

En su mayor parte, la psicología de la salud todavía es una especie de apéndice *ad hoc* para los programas de doctorado en psicología. El estudiante ingresa a un programa clínico, social o experimental y luego, además de la experiencia central, realiza alguna investigación especializada o toma una práctica o dos en un tema relacionado con la salud. Quizá se anexe a lo anterior un internado en algún sitio de atención de la salud. Pero, en esencia, las experiencias de salud se insertan en un programa ya existente de psicología clínica o alguna otra disciplina relacionada.

Ahora muchas personas están solicitando que la psicología de la salud sea un componente de enseñanza esencial estándar para todos los psicólogos profesionales (por ejemplo, Frank y Ross, 1995). Debido a la importancia de las cuestiones de salud y a la ampliación de la definición de psicología clínica y profesional, se considera esencial la capacitación en áreas como psicofarmacología, neuropsicología y psiconeuroinmunología. Además, los futuros psicólogos de la salud deben estar capacitados de modo que puedan diseñar y realizar estudios para evaluar en forma empírica los resultados de salud. En la actualidad, algunos programas de psicología clínica de licenciatura ofrecen "cursos" de psicología de la salud o medicina conductual, pero esto es la excepción más que la regla. En cualquier caso, continúan ofreciéndose recomendaciones curriculares para la enseñanza de la psicología de la salud (Brannon y Feist, 2000). Varios sitios web enumerados al final de este capítulo son buenos puntos de partida para los interesados en los modelos de enseñanza y en las oportunidades para los psicólogos de la salud.

Otros retos

Cualquier campo recién surgido tiene problemas para definir las funciones de sus integrantes; la psicología de la salud no es la excepción. Hace años, S. E. Taylor (1984) identificó varios de estos problemas. Uno es la simple ambigüedad de la función. Nadie está preparado para decir con exactitud qué debería hacer un psicólogo de la salud, en especial en un escenario de trabajo práctico. Estos especialistas pueden encontrarse sin colegas psicólogos o modelos en el escenario de la salud, lo cual sólo aumenta su confusión. Segundo, también surgen problemas de posición. En escenarios de salud, el médico ocupa claramente la cúspide del problema. En ocasiones el psicólogo disfruta de una posición mucho más baja en un escenario hospitalario que, por ejemplo, en un escenario académico. Además, el psicólogo y el profesional de la atención de la salud pueden tener metas competidoras. El último puede interesarse sólo en la identificación de formas inmediatas para ayudar al paciente. El psicólogo puede ser más tentativo y contemplativo mientras piensa en la investigación, en los modelos teóricos y en las intervenciones.

Como una forma de establecer su identidad y presencia en escenarios dominados de manera tradicional por médicos, los psicólogos de la salud necesitan documentar la buena relación entre efectividad y costo de sus intervenciones (Friedman y cols., 1995). En esta era de reforma de la atención de la salud, las compañías de seguros y las dependencias gubernamentales están examinando con meticulosidad cómo reducir el costo de la atención de la salud. Dadas las muchas intervenciones exitosas y con buena relación entre eficiencia y costo realizadas por los que se especializan en la psicología de la salud y la medicina conductual, preguntan Friedman y colaboradores (1995) ¿por qué no se han integrado estas intervenciones en mayor grado en nuestro sistema de atención de la salud? Sugieren varias razones:

1. Muchos de los datos que apoyan la función de la psicología de la salud son desconocidos para los médicos.
2. Se han enfatizado los orígenes biológicos de las enfermedades y padecimientos, causando que muchos pasen por alto los posibles beneficios de las explicaciones psicosociales y de las intervenciones conductuales.
3. Los pacientes pueden resistirse a las intervenciones (y explicaciones) psicológicas.

RECUADRO 17-2

Etnicidad y resultados del cáncer

Un examen de las tasas de incidencia y mortalidad de formas comunes de cáncer entre diferentes grupos étnicos revela varias diferencias notables (Meyerowitz, Richardson, Hudson y Leedham, 1998). En general, los afroamericanos tienen las tasas de incidencia y mortalidad más altas , mientras que los latinos, los estadounidenses de origen chino y los nativos americanos presentan las tasas más bajas. Sin embargo, las tasas de incidencia y mortalidad también varían de acuerdo con el género y el sitio anatómico del cáncer. Por tanto, es difícil llegar a cualesquiera conclusiones generales que se centren en denominaciones étnicas amplias. Meyerowitz y colaboradores (1998) presentaron un caso relevante al ir más allá de las categorías étnicas al tratar de entender mejor la incidencia y mortalidad del cáncer. Por ejemplo, encontraron que asociaciones significativas entre etnicidad y exploración y seguimiento del cáncer podían explicarse por variables como el ingreso, el conocimiento del cáncer y los procedimientos de exploración, el acceso a la atención de la salud y la recomendación del doctor. Además, reportaron que la relación entre etnicidad y supervivencia podía explicarse por la posición socioeconómica, el conocimiento del cáncer y su tratamiento, el acceso al tratamiento adecuado y la adhesión al tratamiento.

Estos hallazgos son importantes por varias razones. Primera, muestran que las generalizaciones amplias respecto de la etnicidad y la salud pueden ser algo engañosas, ya que la relación entre etnicidad y enfermedad puede deberse de manera principal a otras variables que se asocian con la etnicidad. Esto sugiere que los investigadores necesitan cavar más profundo cuando encuentren diferencias étnicas, a fin de proporcionar una mejor explicación teórica para el resultado de interés. Segunda, las variables identificadas por Meyerowitz y colaboradores (1998) son más significativas desde el punto de vista psicológico y pueden ser el blanco de la intervención. Por ejemplo, sus hallazgos sugieren que las exploraciones y seguimientos gratuitos, más información sobre el cáncer y los procedimientos de exploración y un mejor acceso a la atención de la salud, inducirían a más individuos a participar en las exploraciones, mejorando por tanto las probabilidades de una detección a tiempo y un tratamiento exitoso.

4. La psicología de la salud clínica y la medicina conductual todavía se confunden con la psicoterapia tradicional a largo plazo.

Es evidente que los médicos, las compañías de seguros, el gobierno federal y el público en general necesitan educarse respecto de la función de los psicólogos clínicos, así como el potencial financiero y los beneficios clínicos de sus intervenciones.

Otro desafío para el campo se refiere a la etnicidad y la salud. Los perfiles de salud (como la esperanza de vida y el estado de salud) de varias poblaciones de minorías étnicas en Estados Unidos parecen diferir entre ellas en gran medida, y se necesita más investigación sobre la promoción de la salud y los comportamientos que perjudican a la salud entre los miembros de estos grupos (N. B. Anderson, 1995). Artículos informativos que reportan el estado de salud de afroamericanos, estadounidenses de origen asiático e hispanoamericanos (Flack y cols., 1995), factores de riesgo conductuales relacionados con enfermedades crónicas en minorías étnicas (Meyers, Kagawa-Singer, Kumanyika, Lex y Markides, 1995) y el uso de sistemas de atención de la salud por minorías étnicas (Penn, Snehendu, Kramer, Skinner y Zambrana, 1995) han aparecido en fecha reciente en un número especial de *Health Psychology*. Estos reportes y otros señalan la necesidad de una evaluación más profunda de las relaciones entre comportamiento y salud en poblaciones especiales. (Véase, por ejemplo, el recuadro 17-2.)

Es fácil dejarse llevar por el entusiasmo generado por un nuevo campo emocionante. Esto ha sucedido en casi todas las áreas de la psicología clínica hasta ahora. Sin embargo, todavía hay una brecha entre la promesa del campo y sus logros. Como cualquier clínico experimentado diría, es muy difícil cambiar el comportamiento humano a la larga. No obstante, la psicología de la salud merece con toda seguridad nuestro entusiasmo al igual que nuestra precaución. Muchas personas son optimistas acerca del futuro de la psicología de la salud, dadas las demandas y presiones del mejoramiento de la atención de la salud. De hecho, Belar (1997) y otros creen que esta disciplina está equipada para ser *la* especialidad de la práctica profesional de la psicología en el siglo XXI.

Resumen del capítulo

La psicología de la salud es una especialidad cada vez más popular que incluye contribuciones de la psicología para la promoción de la salud, la prevención y tratamiento de problemas de salud, y el sistema de atención de la salud. La mayoría de los psicólogos de la salud se adhiere al modelo biopsicosocial de la salud y la enfermedad, un modelo que integra el modelo biomédico más tradicional y el modelo psicosocial. Los vínculos entre el estrés, el estilo de vida y el comportamiento, la personalidad, el apoyo social y la salud forman la base del campo de la psicología de la salud. El proceso de estrés tiene efectos fisiológicos, emocionales, conductuales y cognitivos que pueden hacerlo a uno más vulnerable a la enfermedad. Las elecciones de comportamientos y estilos de vida también pueden tener un impacto importante en la salud. Además, la personalidad y los estilos de afrontamiento también se han asociado con la enfermedad. Por último, el apoyo social puede influir en la vulnerabilidad de uno a resultados de salud adversos.

Los psicólogos de la salud abordan una amplia gama de problemas por medio de iniciativas de evaluación, intervención y prevención. La mayor parte de las intervenciones son de naturaleza conductual o cognitiva conductual e incluyen técnicas como desensibilización sistemática, condicionamiento operante, entrenamiento para la inoculación contra el estrés y retroalimentación biológica. Se expusieron intervenciones específicas para las jaquecas crónicas, el tabaquismo, el abuso del alcohol, la obesidad, el afrontamiento de procedimientos médicos y el cumplimiento del tratamiento.

Los prospectos para la psicología de la salud lucen brillantes. Hay una necesidad creciente de intervenciones mejores y más eficientes para reducir los costos de la atención de la salud. Además, los datos apoyan la función de los psicólogos de la salud en la atención de la salud.

Términos clave

apoyo social Término que se refiere a la cantidad y calidad de las relaciones sociales de uno. Diversos estudios han mostrado que el apoyo social se asocia en forma positiva con mejores resultados de salud.

autoeficacia Creencias de las personas respecto de su capacidad para controlar o dominar los acontecimientos que las afectan. Este constructo desempeña una función prominente en la mayor parte de los modelos sociales cognitivos del comportamiento de la salud.

bebida controlada Enfoque controvertido para el tratamiento de problemas con el alcohol que tiene como meta beber en forma ligera a moderada. Se enseña a los clientes a supervisar de cerca su ingestión de alcohol y a desarrollar respuestas de afrontamiento que no representan beber.

condicionamiento operante Principio por el que los comportamientos que son reforzados tienden a repetirse, mientras que la frecuencia de los comportamientos que no son reforzados o que son castigados tiende a disminuir.

contrato de contingencias Método operante en que un terapeuta y un paciente suscriben un acuerdo formal que establece los comportamientos que son deseables o indeseables, así como las consecuencias por emitir o dejar de emitir estos comportamientos.

desensibilización sistemática Método respondiente para reducir la ansiedad en que los pacientes practican la relajación mientras visualizan situaciones provocadoras de ansiedad de intensidad creciente. Esta técnica se basa en el principio de que uno no puede estar relajado y ansioso al mismo tiempo.

estrategias cognitivas conductuales Técnicas que recalcan la función del pensamiento en la etiología y conservación de los problemas e intentan modificar los patrones de pensamiento que se cree contribuyen al problema del paciente. Varios tratamientos cognitivos conductuales contra el estrés u otros problemas de salud aparecen en la lista actual de tratamientos psicológicos validados en forma empírica.

extinción Eliminación de una respuesta condicionada indeseable creando una situación en que el estímulo condicionado ya no está asociado con el estímulo ambiental que generaba la respuesta.

información de procedimiento Descripciones de lo que ocurrirá cuando uno se somete a un procedimiento médico estresante.

información sensorial Descripciones de las sensaciones que se encontrarán cuando uno se va a someter a un procedimiento médico estresante.

medicina conductual Un campo de investigación, educación y práctica interdisciplinaria amplio que integra las ciencias conductuales con la disciplina de la medicina.

medicina psicosomática Un campo (popular en las décadas de los cuarenta y cincuenta, pero en la actualidad pasado de moda) que se basa en la suposición de que ciertas enfermedades y estados de padecimiento son causados por factores psicológicos. Algunos de sus defensores creen que cada enfermedad "psicosomática" correspondía a cierto conflicto inconsciente que predisponía al paciente a esa enfermedad.

modelo biopsicosocial Modelo teórico que sostiene que la salud y la enfermedad son una función de influencias biológicas (por ejemplo, predisposiciones genéticas, deficiencias nutricionales), psicológicas (como las cogniciones y emociones del individuo) y sociales (amigos y familiares, acontecimientos de la vida, entre otros).

modelo de afrontamiento Un individuo que demuestra un afrontamiento efectivo en una situación estresante (por ejemplo, prepararse para un procedimiento médico o quirúrgico). Observar o reproducir una cinta con dicho modelo puede ser útil para personas que están a punto de experimentar procedimientos similares.

modelo del comportamiento de la salud Modelo teórico que propone que la relación entre una predisposición hostil y la salud es mediada por la ejecución (o la falta de ejecución) de comportamientos de la salud, en lugar de por los aspectos fisiológicos de la tensión.

modelo transaccional del estrés Modelo que ve al estrés como un proceso que abarca un suceso ambiental, su valoración (como amenazador o benigno) por el individuo, las respuestas fisiológicas, emocionales, cognitivas y conductuales del individuo ante el suceso, y la revaloración del evento que ocurre secundariamente a las respuestas de la persona, así como los cambios en el factor productor de estrés.

patrón de comportamiento tipo A Patrón de personalidad asociado con mayor riesgo de trastornos coronarios. Entre otras cosas, los individuos tipo A exhiben más sensación de urgencia de tiempo, trabajan casi a su capacidad máxima aun cuando no haya un límite de tiempo, se vuelven agresivos y hostiles cuando se frustran y están motivados para dominar sus ambientes y mantener el control.

prevención En la psicología de la salud, la idea de que con la ejecución consistente de unos cuantos comportamientos simples (por ejemplo, hacer ejercicio, evitar fumar, usar cinturones de seguridad), las personas pueden reducir en forma considerable su riesgo de tener problemas de salud y reducir de manera significativa los costos de la atención de la salud.

prevención de la recaída Gama de estrategias para prevenir la recaída, por lo general en el contexto del tratamiento de los comportamientos adictivos. Los pacientes son dirigidos a anticipar las situaciones problemáticas y se les enseñan habilidades de afrontamiento para abrirse paso por estas situaciones sin emitir el comportamiento indeseable. O, en el caso de una recaída, se enseña a los pacientes la forma en que deben responder a fin de prevenir una recaída total.

psicología de la salud Área de especialidad de la psicología que aplica las herramientas de la disciplina para la prevención de la enfermedad, el mejoramiento y mantenimiento de la salud, la identificación de los correlatos de la enfermedad y la salud, el tratamiento de individuos en el sistema de atención de la salud y la formulación de políticas de atención de la salud.

registro de autosupervisión Registro empleado a menudo en tratamientos cognitivos conductuales en que los individuos supervisan la ocurrencia de una respuesta emocional determinada, incluyendo la situación que la desencadenó, la intensidad de las emociones, cualesquiera reacciones físicas o conductuales y sus procesos de pensamiento en el momento. Al examinar los datos recopilados, el terapeuta puede rastrear conexiones entre ciertas situaciones y los pensamientos, emociones y comportamientos del paciente y, por último, adecuar intervenciones de tratamiento específicas.

relajación Estado de ansiedad, estrés y excitación fisiológica disminuidas. La relajación se puede inducir en diversas formas y parece funcionar en el tratamiento de diversas perturbaciones de salud.

retroalimentación biológica Una amplia colección de procedimientos por medio de los cuales un paciente aprende a modificar o controlar ciertos procesos

fisiológicos. Por lo general el proceso fisiológico de interés se supervisa por medio de un aparato y la información se proporciona al paciente en la forma de una señal auditiva, táctil o visual. Entonces el paciente intenta modificar la señal (y por tanto cambiar la respuesta fisiológica) utilizando una variedad de técnicas.

sistema nervioso simpático Porción del sistema nervioso que causa la movilización de los recursos corporales en situaciones urgentes. La activación simpática prolongada puede tener efectos adversos en los órganos corporales, las funciones mentales y el sistema inmunológico.

teoría de la motivación para la protección Modelo de comportamiento de la salud que plantea que el comportamiento es una función tanto de la valoración de la amenaza como de la valoración del afrontamiento.

valoración de la amenaza En la teoría de la motivación para la protección, la evaluación de factores negativos (como el potencial para el daño) que afecta la probabilidad de emitir un comportamiento particular. Si la conclusión es que hay poca amenaza inmediata para uno, será más probable que uno emita el comportamiento.

valoración del afrontamiento En la teoría de la motivación para la protección, es la evaluación de la capacidad de uno para evitar o afrontar los resultados negativos. Si uno concluye que es improbable afrontar en forma efectiva (abstenerse de un comportamiento indeseable), será más probable que uno emita el comportamiento.

Sitios web de interés

17-1 División 38 de la Asociación Psicológica Estadounidense (Psicología de la Salud)

www.apa.org/divisions/div38

17-2 Guía de internados en psicología de la salud

www.apa.org/divisions/div38/9899pdrip/new/preface.html

17-3 Rotaciones principales

www.apa.org/divisions/div38/9899pdrip/new/preface.html

17-4 Rotaciones menores

www.apa.org.divisions/div38/9899pdrip/minor.html

17-5 Programas de enseñanza posdoctorado en psicología de la salud

www.apa.org/divisions/div38/pdoc/contents.html

17-6 Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention)

www.cdc.gov

17-7 Sociedad de Medicina Conductual (Society of Behavioral Medicine)

www.sbmWeb.org

17-8 Psicología de la salud y rehabilitación

www.healthpsych.com

CAPÍTULO DIECIOCHO

Neuropsicología

PREGUNTAS PRINCIPALES

1. ¿Cuáles son las características distintivas del campo de la neuropsicología y de la evaluación neuropsicológica?
2. Comparar y contrastar la localización de la función, la equipotencialidad y los modelos funcionales de la función del cerebro.
3. ¿Cuáles son las estructuras básicas del cerebro y las funciones asociadas con cada estructura?
4. ¿Qué variables pueden afectar el desempeño en las pruebas neuropsicológicas? ¿Cómo se interpretan los resultados de estas pruebas?
5. ¿Qué formas de evaluación e intervención neuropsicológica es probable que se enfaticen en el futuro? ¿Por qué?

RESEÑA DEL CAPÍTULO

Un área de avance muy importante en la psicología clínica durante las décadas pasadas es el campo de la neuropsicología. Este progreso se ha reflejado en 1) aumento de los miembros de asociaciones profesionales neuropsicológicas, 2) cantidad de programas de enseñanza que ofrecen cursos de neuropsicología y 3) los muchos artículos, libros y revistas que se publican ahora sobre temas neuropsicológicos. Como el campo está entrando en su "madurez temprana", el desafío principal parece ser la reforma de la atención de la salud (Meier, 1997). La cantidad de empleos disponibles para neuropsicólogos clínicos ya no es ilimitado y los servicios clínicos que éstos ofrecen necesitarán proporcionarse a un costo inferior y con una efectividad superior (Meier, 1997). Empecemos retrocediendo un poco para obtener un mejor panorama de la forma en que se desarrolló este campo así como de las funciones de los neuropsicólogos.

Perspectivas e historia

Como el término sugeriría, los neuropsicólogos tienen un pie en el ámbito psicológico y otro en el neurológico. Aunque algunos han recibido su enseñanza básica en psicología clínica, otros han sido capacitados por neurólogos.

Definiciones

¿Qué es la *neuropsicología*? De manera muy simple, puede definirse como el estudio de la relación entre el funcionamiento del cerebro y el comportamiento (Golden, Zillmer y Spiers, 1992). Tiene que ver con la comprensión, evaluación y tratamiento de comportamientos que se relacionan en forma directa con el funcionamiento del cerebro (Golden, 1984). La *evaluación neuropsicológica* es un método no invasivo para describir el funcionamiento cerebral con base en el desempeño del paciente en pruebas estandarizadas que han mostrado ser indicadores exactos y sensibles de las relaciones entre el comportamiento y el cerebro (Golden y cols., 1992). El neuropsicólogo

> puede abordar problemas de lesión cerebral [encefálica] lateralizaciones, localización y progreso de lesión cerebral. Las evaluaciones neuropsicológicas también proporcionan información útil acerca del impacto de las limitaciones de un paciente en la adaptación educativa, social o vocacional. En vista de que en muchos pacientes con trastornos neurológicos, como enfermedades degenerativas, accidente cerebrovascular o esclerosis múltiple, la velocidad con que avanza la enfermedad varía con amplitud, la forma más significativa de evaluar la gravedad de la condición de los pacientes es evaluar su comportamiento en forma objetiva por medio de procedimientos de evaluación neuropsicológica. (Golden y cols., 1992, p. 19)

Funciones de los neuropsicólogos

Los neuropsicólogos desempeñan una diversidad de funciones (Golden y cols., 1992). Primera, a menudo neurólogos u otros médicos los llaman para ayudar a establecer o descartar diagnósticos particulares. Por ejemplo, un paciente puede presentar diversos síntomas que pueden tener una base neurológica o emocional. Los resultados de la prueba neuropsicológica puede ayudar a esclarecer el diagnóstico en esta situación. Segunda, debido al interés en los sistemas funcionales del cerebro (véase más adelante), los neuropsicólogos a menudo pueden hacer predicciones respecto del pronóstico para la recuperación. Una tercer función importante es la intervención y la rehabilitación. La información proporcionada por los neuropsicólogos con frecuencia tiene repercusiones importantes para el tratamiento; los resultados de la prueba proveen una guía respecto de cuáles áreas de funcionamiento pueden apoyar los esfuerzos de rehabilitación. Por último, se les puede pedir que evalúen pacientes con trastornos mentales a fin de ayudar a predecir el curso del padecimiento (con base en, por ejemplo, el grado de deterioro cognoscitivo presente) así como para ayudar a adecuar las estrategias de tratamiento a las ventajas y desventajas de los enfermos (Keefe, 1995).

Con estas definiciones y descripciones de las funciones de los neuropsicólogos en mente, pasemos a una breve historia de la disciplina.

Historia de la neuropsicología

Teorías del funcionamiento del cerebro. Como en la mayoría de las áreas de la psicología, las raíces históricas de la neuropsicología se remontan mucho más atrás de lo que nos inclinamos a ver. Algunos

PERFIL 18-1

Brick Johnstone, Ph. D.



El doctor Brick Johnstone es profesor asociado en el Departamento de Medicina Física y Rehabilitación en los hospitales y clínicas de la Universidad de Missouri. Es director de la División de Psicología de la Salud Clínica y Neuropsicología y también está certificado por el Consejo Estadounidense de Neuropsicología Clínica (American Board of Clinical Psychology). Sus investigaciones se centran en la evaluación neuropsicológica, la enseñanza de la neuropsicología clínica y la reforma de la atención de la salud. Le preguntamos acerca de sus antecedentes e intereses, así como lo que opina sobre el futuro de la psicología clínica y la neuropsicología.

¿Por qué se interesó en un principio en el campo de la psicología clínica?

Me interesé en la psicología clínica cuando era estudiante en la Universidad Duke, por los cursos académicos y la práctica clínica. Adquirí un interés intenso en la psicopatología basado en un curso de psicología anormal que tomé, así como por actividades de voluntario que realicé en el hospital estatal Butner. Los cursos de psicología cognoscitiva y perceptiva despertaron mi interés a largo plazo en el funcionamiento cerebral y por ende en la neuropsicología. Por último, cuando estaba en pregrado, pude participar como asistente de investigador en un estudio para determinar los correlatos psicométricos de la popularidad en niños, lo cual despertó mi interés en la investigación psicológica.

Describa en qué actividades participa como psicólogo clínico.

En la actualidad soy director de la División de Psicología de la Salud Clínica y Neuropsicología en el Departamento de Medicina Física y Rehabilitación de la Universidad de Missouri-Columbia. Aunque tengo deberes administrativos y de investigación, mi interés principal es la clínica. Estoy certificado por el consejo como neuropsicólogo, pero me veo como un psicólogo clínico que se especializa en disfunción cerebral. Aunque trabajo con una población con necesidades especiales, las habilidades que empleo son las que me enseñaron en la escuela de posgrado. Mi evaluación de los pacientes se basa sobre todo en una entrevista clínica detallada y observaciones conductuales, y en forma secundaria en datos de pruebas objetivas. Mi tratamiento de los pacientes con disfunción cerebral se basa en todos los métodos de tratamiento conductual que aprendí en mi carrera de posgrado en psicología clínica en la Universidad de Georgia.

Para ser consistente con las tendencias que sugieren que los psicólogos clínicos necesitarán adquirir habilidades administrativas en el futuro, también soy administrador de una división de siete psicólogos, seis colegas con doctorado, dos internos y un personal numeroso. Por desgracia, mi capacitación de posgrado no me preparó para muchos de los asuntos financieros y políticos que enfrentamos en la actualidad, y espero que nuestros programas de posgrado puedan hacer una labor mejor para educar a nuestros futuros estudiantes en estas áreas. Mi objetivo en la investigación ha sido demostrar la utilidad funcional de las evaluaciones neuropsicológicas. En la actualidad soy el investigador primario (IP) para uno de 17 Centros de Sistemas Modelo de Lesión Cerebral Traumática (Traumatic Brain Injury Model Systems Centers) nacionales y es importante señalar que 12 de los 17 IP para estas becas son psicólogos. Las oportunidades para que se expandan los psicólogos clínicos en numerosas áreas de la atención de la salud y políticas de salud son extraordinarias.

(continúa)

Perfil 18-1 *(continuación)*

¿Cuáles son sus áreas particulares de experiencia o interés?

Mi área principal de experiencia es la neuropsicología. En la escuela de posgrado, completé un curso de verano como externo en neuropsicología del Hospital V. A. de Kansas City, aun cuando nunca había aplicado una WAIS. Esta experiencia solidificó mi interés en trabajar con individuos con disfunción cerebral. Mis intereses clínicos y de investigación se refieren a hacer más adecuadas desde el punto de vista funcional las evaluaciones neuropsicológicas. Como resultado de factores históricos, la especialidad de neuropsicología evolucionó sobre todo para asistir con el diagnóstico de varios trastornos e identificar relaciones entre el cerebro y el comportamiento. Sin embargo, con el advenimiento de técnicas neurorradiológicas complejas, la neuropsicología necesita mayor pertinencia desde el punto de vista funcional y enfocarse en estrategias de tratamiento prácticas para individuos con lesión cerebral y sus familias. He aprendido mucho respecto de la psicología de rehabilitación de mis colegas en el Departamento de Medicina Física y Rehabilitación, y es mi meta mejorar los tratamientos neuropsicológicos para individuos con disfunción cerebral y actualizar los lineamientos de enseñanza para neuropsicólogos a fin de incluir una mejor capacitación en cuestiones de rehabilitación y discapacidad.

¿Cuáles son las tendencias futuras que ve para la psicología clínica?

Siempre es divertido proyectar el futuro de la psicología, en particular dadas las oportunidades de crecimiento potencial al igual que los factores productores de estrés relacionados con la atención subsidiada. En el lado positivo, los psicólogos clínicos continúan expandiendo su experiencia en áreas fuera de la salud mental tradicional. En mi ámbito actual, son investigadores primarios en becas de la Fundación Robert Wood Johnson que se enfocan en 1) elaborar programas de atención médica subsidiada Medicaid para discapacitados, y 2) investigar el impacto de la atención médica subsidiada en niños con discapacidades en escenarios rurales. Otros psicólogos en nuestra división son investigadores primarios con becas que investigan las aplicaciones de la telemedicina para individuos con lesión cerebral traumática en escenarios rurales, y un colega es el único psicólogo IP para uno de los 17 Sistemas Modelo de Lesión de Médula Espinal (Spinal Cord Injury Model Systems) nacionales. Además, muchos psicólogos de la escuela médica están identificando numerosas poblaciones médicas que pueden beneficiarse con los servicios psicológicos (incluyendo aquellas con enfermedades sistémicas, infecciosas y cardiovasculares).

Las tendencias de la atención médica subsidiada han tenido efectos positivos en el sentido de que han obligado a todos los profesionales de la atención de la salud a demostrar mejor la efectividad de sus servicios. Sin embargo, debido a que no hemos demostrado que los psicólogos puedan proporcionar servicios superiores y menos costosos que los trabajadores sociales y los consejeros profesionales con licencia, hay una buena probabilidad de que los puestos clínicos para los psicólogos disminuirán en el futuro. Como presidente de la Asociación Psicológica de Missouri, he aprendido que el futuro de la psicología clínica descansa en nuestros hombros, incluyendo nuestra capacidad para defender la profesión y demostrar nuestro valor a los demás. Si no lo hacemos por nosotros, nadie más lo hará.

¿Cuáles son algunas tendencias futuras que ve en la neuropsicología?

Veo a la especialidad de la neuropsicología divergir en dos direcciones. La primera será hacia un enfoque experimental, con más investigación para identificar relaciones específicas entre el cerebro y el comportamiento. Las técnicas neurorradiológicas complejas nos permitirán obtener una comprensión mucho mejor de la forma en que funciona el cerebro. Por otra parte, preveo que la neuropsicología clínica se enfocará en el desarrollo de evaluaciones y tratamientos basados en la rehabilitación. En el futuro, se conocerá la etiología de las dificultades de la mayoría de los individuos enviados para evaluaciones neuropsicológicas; por consiguiente, los neuropsicólogos clínicos necesitarán desarrollar recomendaciones de tratamiento específicas para asistirlos en sus funciones diarias, en el hogar, el trabajo o la escuela.

autores señalan el papiro quirúrgico de Edwin Smith, un documento que se piensa data de entre 1700 y 3000 a. C., el cual expone la localización de las funciones en el cerebro (Walsh y Darby, 1999). Otros sugieren que todo empezó cuando Pitágoras dijo que el razonamiento humano ocurre en el cerebro. Otros se inclinan al siglo II d.C., cuando Galeno, el médico romano, afirmaba que la mente se localizaba en el cerebro, no en el corazón como había afirmado Aristóteles.

Sin embargo, el cimiento inicial más significativo para la neuropsicología parece haberse colocado en el siglo XIX (Hartlage, 1987). Entonces los investigadores empezaban a entender que el daño a áreas corticales específicas se relacionaba con el deterioro funcional de ciertos comportamientos adaptativos. Los primeros signos de esta comprensión vinieron con Franz Gall y su ahora desacreditada frenología. Gall creía que ciertas diferencias individuales en la inteligencia y personalidad (como las habilidades de lectura) podían medirse mediante las protuberancias y hendiduras del cráneo. Por tanto, el tamaño de un área determinada del cerebro establece la capacidad psicológica correspondiente de la persona. Ésta fue la primera popularización de la noción de *localización de la función*. La localización obtuvo mayor credibilidad con el trabajo quirúrgico de Paul Broca en 1861. Las observaciones de dos autopsias de pacientes que habían perdido sus poderes de habla expresiva lo convencieron de que había encontrado la ubicación del habla motora. En los siguientes 30 a 40 años, muchos libros presentaban mapas del cerebro que localizaban cada una de las principales funciones (Golden, 1984).

Otros, como Pierre Flourens, destruían quirúrgicamente ciertas áreas cerebrales de animales y luego notaban cualquier pérdida conductual consecuente. Este trabajo condujo a Flourens y más tarde, a principios del siglo XX, a Karl Lashley a defender el concepto de *equipotencialidad*; es decir, aunque hay una localización de la función cerebral, la corteza funciona en conjunto no como unidades aisladas. En particular, el funcionamiento intelectual superior es mediado por el cerebro en conjunto, y cualquier lesión cerebral daña estas funciones superiores. No obstante, existe la capacidad de un área de la corteza para sustituir el área dañada.

Sin embargo, tanto la teoría de la localización como la de la equipotencialidad presentaban algunos problemas. Los localizacionistas no podían explicar por qué las lesiones en partes muy diferentes del cerebro producen la misma deficiencia o deterioro, mientras que los seguidores de la teoría de la equipotencialidad no podían explicar la observación de que algunos pacientes con lesiones muy pequeñas manifiestan deficiencias conductuales marcadas y específicas (Golden y cols., 1992). Una teoría alternativa que integra estas dos perspectivas es el *modelo funcional*. Propuesto por el neurólogo Jackson y adaptado después por el neuropsicólogo soviético Luria, el modelo funcional sostiene que las áreas del cerebro interactúan para producir el comportamiento. El comportamiento "es concebido como el resultado de varias funciones o sistemas de las áreas del cerebro, no como el resultado de áreas del cerebro unitarias o discretas. Un trastorno de cualquier etapa es suficiente para inmovilizar un sistema funcional dado" (Golden y cols., 1992). La importancia de esta formulación es que puede explicar muchos de los descubrimientos clínicos que son inconsistentes con teorías previas. De acuerdo con el modelo funcional, la naturaleza de la deficiencia conductual depende de cuál sistema funcional (como excitación, percepción o comportamiento de planeación) ha sido afectado, así como la localización del daño dentro de ese sistema funcional. Por último, por medio de un proceso llamado reorganización, en ocasiones es posible recuperarse del daño cerebral.

Evaluación neuropsicológica. Respecto de instrumentos de evaluación psicológica específicos, la neurología estuvo fascinada durante largo tiempo por las nociones de acción masiva del funcionamiento cerebral. Estas ideas tendían a hacer que la localización de la función fuera una meta secundaria del diagnóstico, y el daño cerebral con frecuencia era visto como un fenómeno unitario. Las pruebas psicológicas utilizadas (por ejemplo, la Prueba de retención visual de Benton y la Prueba de memoria para diseños de Graham-Kendall) se orientaban hacia la evaluación simple de la presencia o ausencia de daño cerebral. La información acerca de ciertos correlatos de prueba de lesiones cerebrales particulares no se recopilaban con mucha eficiencia.

La neuropsicología como campo empezó a crecer en seguida de la Segunda Guerra Mundial debido a 1)

las grandes cantidades de lesiones de la cabeza en la guerra, y 2) el desarrollo del campo de la psicología clínica (Hartlage, 1987). Un avance importante del periodo de la posguerra fue el trabajo de Ward Halstead. Al observar a personas con daño cerebral en ambientes naturales, Halstead pudo identificar ciertas características de su comportamiento. Luego, intentó evaluar estas características aplicando una variedad de pruebas psicológicas a estos pacientes. Por medio de análisis factorial, escogió diez medidas que al final formaron su batería de prueba. Posteriomente, Ralph Reitan, un estudiante graduado de Halstead, refinó la batería al eliminar dos pruebas y agregar varias otras. Más adelante, Reitan y sus colegas pudieron relacionar las respuestas a la prueba con aspectos discretos de las lesiones cerebrales como las deficiencias motoras lateralizadas. Este trabajo culminó con la Batería de prueba neuropsicológica Halstead-Reitan. Para 1980 se había elaborado la batería neuropsicológica Luria-Nebraska, y ahora se usa con frecuencia como una alternativa a la *Batería Halstead-Reitan*. Hablaremos más acerca de éstas y otras pruebas neuropsicológicas en una sección posterior.

Un avance histórico adicional merece mención aquí. Los neuropsicólogos clínicos contemporáneos han adoptado cada vez más un enfoque de batería flexible para la evaluación. Las baterías flexibles permiten que cada evaluación se adapte al individuo, con base en la presentación clínica y en las hipótesis del neuropsicólogo. Las baterías estándares, como la Halstead-Reitan y la Luria-Nebraska, pueden consumir demasiado tiempo y no pueden modificarse con facilidad para acomodarse a determinadas situaciones clínicas. Compararemos los enfoques de baterías estándar y flexible más adelante en este capítulo.

El cerebro: estructura, función y daño

Antes de proceder, será útil revisar algunos aspectos importantes del cerebro. Ésta, por necesidad, será una excursión breve. Pueden encontrarse explicaciones más extensas en otra parte (por ejemplo, Golden y cols., 1992; Walsh y Darby, 1999).

Estructura y función

El cerebro consta de dos hemisferios. El *hemisferio izquierdo* controla el lado derecho del cuerpo y se piensa que participa más en las funciones del lenguaje, inferencia lógica y análisis de detalle en casi todos los individuos diestros y también en una buena cantidad de zurdos. El *hemisferio derecho* controla el lado izquierdo del cuerpo. Está más involucrado en las habilidades visoespaciales, creatividad, actividades musicales y percepción de la dirección. Pero, de nuevo, nótese que algunos zurdos pueden invertir este patrón hemisférico. Los dos hemisferios se comunican a través del cuerpo calloso, el cual ayuda a coordinar e integrar nuestro comportamiento complejo.

Cada hemisferio cerebral tiene cuatro lóbulos: los lóbulos frontal, temporal, parietal y occipital (Fig. 18-1). Los *lóbulos frontales* son las últimas partes del cerebro que se desarrollaron. Nos permiten observar y comparar nuestro comportamiento y las reacciones de otros a éste a fin de obtener la retroalimentación necesaria para alterar nuestro comportamiento con objeto de lograr metas valoradas. También se asocian con los lóbulos frontales las funciones ejecutivas: formulación, planeación y realización de las iniciativas dirigidas a una meta. Por último, la modulación emocional —la capacidad para supervisar y controlar nuestro estado emocional— también se asocia con el funcionamiento del lóbulo frontal.

Los *lóbulos temporales* intervienen en la expresión lingüística, la recepción y el análisis. También participan en el procesamiento auditivo de tonos, sonidos, ritmos y significados que no son de naturaleza lingüística. Los *lóbulos parietales* se relacionan con la percepción táctil y cinética, la comprensión, la percepción espacial y algo del procesamiento y comprensión del lenguaje. También intervienen en la conciencia del cuerpo. Los *lóbulos occipitales* se orientan en forma principal hacia el procesamiento visual y a algunos aspectos de la memoria mediada visualmente. La coordinación motora, así como el control del equilibrio y el tono muscular, se asocian con el *cerebelo*.

Antecedentes o causas del daño cerebral

¿Qué causa el daño cerebral? Hay diversas posibilidades.

FIGURA 18-1 Corteza cerebral



Trauma. Se estima que más de dos millones de estadounidenses sufren lesiones de la cabeza cada año (Smith, Barth, Diamond y Giuliano, 1997). Los incidentes que producen estas lesiones varían desde accidentes automovilísticos hasta caídas de una escalera. Los resultados son de gran amplitud y la naturaleza de la lesión de la cabeza (como cerrada, abierta o penetrante) también puede tener implicaciones. Aunque la mayor parte de las lesiones de la cabeza se consideran moderadas, un porcentaje considerable de casos requiere hospitalización. El traumatismo craneal es la causa principal de muerte e invalidez en los jóvenes estadounidenses (R. J. Smith y cols., 1997).

Los principales efectos del traumatismo craneal pueden clasificarse en conmociones, contusiones y laceraciones. Las *conmociones* (sacudida del cerebro) por lo general ocasionan trastornos momentáneos de la función cerebral, aunque el daño permanente es excepcional (a menos que haya conmociones repetidas, como puede ser el caso en el fútbol americano, fútbol soccer o boxeo). Las *contusiones* se refieren a casos en los cuales el cerebro ha sido cambiado de su posición normal y es presionado contra el cráneo. Como consecuencia, el tejido cerebral se magulla. Los resultados con frecuencia pueden ser graves y ser seguidos por comas y delirios. Las *laceraciones* son rupturas y destrucción real del tejido cerebral. Pueden deberse a balas u objetos voladores, por ejemplo. Estas laceraciones son formas de daño sumamente serias.

Accidentes cerebrovasculares. El bloqueo o ruptura de los vasos sanguíneos cerebrales a menudo se denomina "apoplejía". Es una causa muy común de daño cerebral en adultos y uno de los motivos principales de muerte en Estado Unidos (y otros países). Aunque ocurre principalmente en ancianos, la apoplejía también es una de las causas de muerte más comunes en los adultos de edad media (Mora y Bornstein, 1997). En las *oclusiones*, un coágulo de sangre bloquea el vaso que alimenta un área particular del cerebro. Esto puede ocasionar *afasia* (deterioro del lenguaje), *apraxia* (incapacidad para ejecutar ciertos movimientos voluntarios) o *agnosia* (percepción sensorial perturbada). En el caso de una *hemorragia cerebral*, el vaso sanguíneo se rompe, la sangre escapa hacia el tejido cerebral y lo daña o destruye. Los síntomas exactos que siguen dependen del lugar del accidente y de su severidad. En casos muy graves, el resultado es la muerte. Los sobrevivientes con frecuencia muestran parálisis, problemas del habla, dificultades de memoria y juicio, etcétera.

Es muy importante llevar a los pacientes de apoplejía de inmediato al hospital. Los medicamentos que esencialmente disuelven las oclusiones (medicaciones "revienta coágulos") pueden limitar el daño permanente de las apoplejías oclusivas. Además, se están desarrollando nuevos fármacos para prevenir la cascada de reacciones químicas que causan el daño neurológico o incluso la muerte (por ejemplo, el activador plasminógeno de tejido, tPA [tissue plasminogen activator]; Fagan y cols., 1998). Por consiguiente, en muchos casos la acción inmediata puede ser un beneficio importante.

Tumores. Los *tumores* cerebrales pueden crecer fuera del cerebro, dentro de éste o resultar de células metastásicas diseminadas por los fluidos corporales

de algún otro órgano del cuerpo, como el pulmón o el seno (R. A. Berg, 1997). Los signos iniciales de tumores cerebrales a menudo son bastante sutiles y pueden incluir dolores de cabeza, problemas de visión, problemas en el juicio que se desarrollan en forma gradual y cosas por el estilo. Conforme crece el tumor, también aumenta la variedad de otros síntomas (como memoria deficiente, problemas de afecto o coordinación motora). Los tumores pueden extirparse quirúrgicamente, pero la cirugía puede dar como resultado más daño cerebral. Algunos tumores son inoperables o se localizan en áreas muy peligrosas para una operación. En tales casos, a menudo se utilizan tratamientos con radiación.

Enfermedad degenerativa. Este grupo de trastornos se caracteriza por una degeneración de las neuronas del sistema nervioso central (Alien, Sprenkel, Heyman, Schramke y Heffron, 1997). Las *enfermedades degenerativas* comunes incluyen la corea de Huntington, la enfermedad de Parkinson y la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. La enfermedad de Alzheimer es la enfermedad degenerativa más común (la edad típica de inicio son los 65 años o más), seguida por la enfermedad de Parkinson (edad de inicio: 50 a 60 años) y por último la corea de Huntington (edad de inicio: 30 a 50 años). En los tres casos, hay una degeneración cerebral progresiva junto con otros síntomas en las áreas motoras. Con el tiempo, los pacientes en estas categorías muestran perturbaciones graves en muchas áreas conductuales, incluyendo dificultades motoras, del habla, lenguaje, memoria y juicio.

Deficiencias nutricionales. La desnutrición a final de cuentas puede producir trastornos neurológicos y psicológicos. Se observa con mayor frecuencia en casos de psicosis de Korsakoff (resultado de problemas nutricionales producidos por malos hábitos de alimentación comunes en alcohólicos de largo tiempo), pelagra (deficiencia de niacina o vitamina B_3) y beriberi (deficiencia de tiamina o vitamina B_1).

Trastornos tóxicos. A través de la piel se puede absorber una variedad de metales, toxinas, gases y aun plantas. En algunos casos, el resultado es un efecto tóxico o venenoso que produce daño cerebral. Un síntoma muy común asociado con estos trastornos es el *delirio* (ruptura de la conciencia).

Abuso crónico del alcohol. La exposición crónica al alcohol con frecuencia causa tolerancia y dependencia de la sustancia. Ambas parecen tener correlatos neurológicos incluyendo, por ejemplo, cambios en la sensibilidad del neurotransmisor y encogimiento del tejido cerebral.

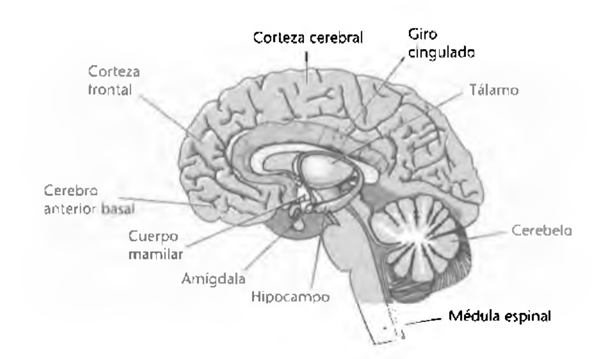
Varias regiones del cerebro parecen especialmente vulnerables al daño por la exposición crónica al alcohol (U. S. Department of Health and Human Services, 1997). Aquí resaltaremos sólo unos cuantos de los descubrimientos más consistentes. El sistema límbico es una red de estructuras dentro del cerebro asociada con la formación de la memoria, la regulación emocional y la integración sensorial. Los estudios de alcohólicos han indicado deficiencias en estas áreas de funcionamiento. El diencéfalo es una región cerca del centro del cerebro que incluye los cuerpos mamilares del hipotálamo. Los estudios sugieren encogimiento o lesiones en estas áreas como resultado de la exposición crónica al alcohol, y las deficiencias de la memoria en alcohólicos son consistentes con estos descubrimientos. Varios estudios han reportado también hallazgos que sugieren que los alcohólicos presentan evidencia de atrofia de la corteza cerebral. Por último, el daño al cerebelo, causante de la coordinación motora, también está bien documentado. Una historia de caídas accidentales o accidentes automovilísticos puede sugerir daño neurológico resultante del abuso o dependencia del alcohol. La figura 18-2 describe estas regiones cerebrales que se han relacionado con los efectos del alcoholismo en el cerebro a través de varios estudios.

Consecuencias y síntomas del daño neurológico

La lesión o traumatismo cerebral puede producir una variedad de síntomas cognoscitivos y conductuales. Por desgracia para quien realiza el diagnóstico, muchos de estos síntomas también pueden ocurrir en conexión con trastornos mentales tradicionales. Es más, las respuestas de los pacientes al deterioro neurológico pueden dar paso a reacciones psicológicas y emocionales. Por ejemplo, un individuo con daño neurológico puede deprimirse por la incapacidad para manejar ciertas tareas diarias. Esto, a su vez, puede oscurecer con facilidad el proceso de diagnóstico diferencial. Aparte de estas dificultades, a continuación se enumeran varios síntomas comu-

FIGURA 18-2 Estructuras cerebrales afectadas por el abuso crónico del alcohol

Fuente: cortesía del U.S. Department of Health and Human Services. The Ninth Special Report to the U.S Congress on Alcohol and Health, 1997, p. 150.



nes asociados con el daño neurológico. Sin embargo, cada uno de éstos puede ocurrir en cada trastorno, y hay una variación considerable entre pacientes con el mismo trastorno.

1. *Orientación dañada*: incapacidad, por ejemplo, para decir quién es uno, nombrar el día de la semana o conocer acerca de lo que le rodea.
2. *Memoria dañada*: el paciente olvida acontecimientos, en especial los recientes, algunas veces confabula o inventa recuerdos para llenar los huecos y puede mostrar una capacidad deteriorada para aprender y retener información nueva.
3. *Funciones intelectuales dañadas*: la comprensión, la producción del habla, el cálculo y el conocimiento general pueden ser afectados (por ejemplo, no puede definir palabras simples, nombrar al presidente de la nación o sumar cifras).
4. *Juicio dañado*: el paciente tiene problemas con las decisiones (por ejemplo, no puede decidir acerca del almuerzo, cuándo ir a la cama y detalles por el estilo).
5. *Afecto superficial e inestable*: la persona se ríe o llora con mucha facilidad y con frecuencia de modo inapropiado; cambia de alegría a llanto a enojo, por ejemplo, con mucha rapidez.
6. *Pérdida de resistencia emocional y mental*: el paciente puede funcionar razonablemente bien en circunstancias normales, pero el estrés (por ejemplo, fatiga, demandas mentales, malestares emocionales) pueden originar deterioro del juicio, reacciones emocionales y problemas similares.
7. *Síndrome del lóbulo frontal*: un grupo de características de la personalidad a menudo sigue a la destrucción de tejido del lóbulo frontal debido a cirugía, tumor o lesión. Los síntomas típicos son deterioro del control de los impulsos, juicio social y capacidad para planear deficientes, falta de interés por las consecuencias de las acciones personales, apatía e indeferencia, algo de suspicacia y berrinches. El recuadro 18-1 ilustra los cambios de personalidad que pueden seguir a tales lesiones.

Relaciones entre cerebro y comportamiento

Antes de describir técnicas de evaluación específicas, revisaremos al menos de manera breve algunas de las formas básicas de considerar las relaciones entre cerebro y comportamiento.

Señalamos antes que en la segunda mitad del siglo XIX se popularizó la localización de la función. La idea de que ciertas áreas del cerebro controlan comportamientos específicos aún es un principio operante importante entre los neuropsicólogos. Este principio significa que al evaluar el daño cerebral, una preocupación principal es *en qué parte* del cerebro se localiza la lesión. La magnitud de una lesión es importante sólo en la medida en que las

RECUADRO 18-1

Cambios de personalidad posteriores a una lesión cerebral: un caso como ejemplo

Un joven veterano de Vietnam perdió la porción frontal derecha de su cerebro por la explosión de una mina terrestre. Su madre y su esposa describían que había sido un trabajador de aserradero callado, simpático, concienzudo y diligente antes de entrar al servicio. Cuando regresó a casa, todas sus funciones del habla y la mayor parte de sus capacidades de pensamiento estaban intactas. Estaba libre de ansiedad y, por tanto, sin preocupación alguna en el mundo. Se había vuelto muy indolente, inmoderado y carente de pulsiones generales y sensibilidad hacia los demás. Su esposa era incapaz de conseguir que compartiera sus preocupaciones cuando el bebé tenía fiebre o se debía la renta. No sólo tenía que manejar ella todas las finanzas, llevar todas las responsabilidades de la familia y la casa y hacer toda la planeación, sino que también tenía que ver que su esposo fuera a trabajar a tiempo y que no se bebiera todo su salario o lo gastara en chucherías antes de llegar a casa la noche del viernes. Durante varios años fue dudoso si la esposa podría aguantar por mucho tiempo la tensión de un esposo en verdad descuidado. Ella terminó por abandonarlo después de que dejó de trabajar y empezó un patrón de borracheras mensuales que dejaban poco de sus bastante considerables cheques de compensación.

Fuente: tomado de *Neuropsychological Assessment*, 3a. edición, de Muriel Deutsch Lezak, p. 42. Derechos reservados © 1995 por Oxford University Press, Inc. Reimpreso con autorización.

lesiones más grandes tienden a abarcar más áreas del cerebro (Golden, 1984). De hecho, algunos tumores pueden producir presión intracraneal que deteriora áreas localizadas lejos del tumor. La idea básica es que lesiones del mismo tamaño en diversas regiones del cerebro producirán deficiencias de comportamiento diferentes (Krech, 1962).

Pero de acuerdo con la teoría equipotencial, todas las áreas del cerebro contribuyen por igual al funcionamiento intelectual global (Krech, 1962). La localización de la lesión es secundaria a la cantidad de lesión cerebral. Por tanto, todas las lesiones son parecidas excepto en el grado. Los equipotencialistas tienden a subrayar las deficiencias en las capacidades simbólicas, abstractas, las cuales se considera que acompañan a todas las formas de daño cerebral y que producen rigidez y actitudes concretas hacia la solución de problemas (véase Goldstein y Scheerer, 1941). Tales opiniones han conducido a la elaboración de pruebas que intentan identificar el déficit básico común para todos los casos de daño cerebral. Por desgracia, tales pruebas no han funcionado lo bastante bien para el uso clínico cotidiano (Golden, 1981).

Muchos investigadores han sido incapaces de aceptar la localización o la equipotencialidad por completo. Por tanto, las alternativas como la propuesta por Hughlings Jackson (Luria, 1973) se han vuelto prominentes. Aunque, de acuerdo con Jackson, pueden localizarse habilidades básicas, el comportamiento observable en realidad es una amalgama compleja de numerosas habilidades básicas, de modo que el cerebro interviene como un conjunto integrado. Este modelo funcional del cerebro incluye la teoría de la localización y la del equipotencial. Además, de acuerdo con Luria (1973), los comportamientos muy complejos suponen sistemas funcionales complejos en el cerebro que anulan a cualesquiera localizaciones de área simples. Debido a que nuestra capacidad para abstraer es una habilidad intelectual compleja, por ejemplo, incluye muchos sistemas del cerebro.

El daño cerebral puede tener muchos efectos, abarcando la percepción visual, auditiva y cinética, coordinación y funcionamiento motor voluntario, memoria, lenguaje, comportamiento conceptual, atención o reacciones emociona-

les. Con frecuencia se acude a los clínicos para determinar la presencia de *deterioro intelectual*. Esto va más allá de la medición del funcionamiento presente, debido a que entraña una comparación implícita o explícita a un nivel anterior. En general, el deterioro intelectual puede ser de dos tipos amplios: 1) una decadencia resultante de factores psicológicos (psicosis, falta de motivación, problemas emocionales, el deseo de defraudar a una compañía de seguros, etcétera), y 2) una decadencia que se deriva de la lesión cerebral. Por supuesto, la evaluación podría ser mucho más fácil si el clínico dispusiera de una serie de pruebas aplicadas al paciente antes de la lesión o padecimiento. Este dato premórbido proporcionaría una especie de línea base con la cual se podría comparar el desempeño actual. Por desgracia, los psicólogos clínicos rara vez parecen tener tales datos de los pacientes que más necesitan diagnosticar. Se les deja inferir el nivel previo de funcionamiento a partir de información de historias clínicas sobre educación, ocupación y otras variables. Con los años, los clínicos han usado tales señales de funcionamiento premórbido en una forma bastante intuitiva, sin mucha evidencia empírica de su validez. Sin embargo, todos estos métodos son imperfectos (Matarazzo, 1990).

Métodos de evaluación neuropsicológica

La evaluación es un asunto complejo que abarca muchos problemas, además de los ya comentados. Vamos a considerar unos cuantos de los más importantes (Golden y cols., 1992).

Principales enfoques

¿Debe aplicarse una prueba o una batería estándar a todos los pacientes enviados para una evaluación neuropsicológica, o la(s) prueba(s) debe(n) elegirse con base en el juicio clínico, la naturaleza del envío o las habilidades especiales y las inclinaciones del clínico? El primer enfoque algunas veces se denomina enfoque de la *batería estándar* o *batería fija*. Tiene las ventajas de evaluar a los pacientes en todas las capacidades neuropsicológicas básicas, acumulando una base de datos estándares para todos los pacientes con el tiempo y permitiendo la identificación de patrones de puntuaciones importantes. Las principales desventajas incluyen el tiempo y el costo, la potencial para la fatiga del paciente y la inflexibilidad de este enfoque, ya que las evaluaciones no son adaptables a cada paciente.

El segundo se llama *enfoque flexible* o *enfoque de prueba de hipótesis*. Aquí, cada evaluación se adapta al paciente: el neuropsicólogo elige las pruebas con base en sus hipótesis respecto al caso. En algunas situaciones, puede alterarse la forma en que se aplica una prueba al paciente, de modo que puedan probarse hipótesis adicionales. Algunos afirman que el enfoque individualizado es sensible y capitaliza las mejores impresiones del clínico. Otros sugieren que si un médico escoge la o las pruebas equivocadas, puede resultar una evaluación deficiente. Además, el enfoque individualizado estorba la recopilación sistemática de datos de pruebas específicas sobre determinadas clases de pacientes. Por supuesto, algunos clínicos combinan estas estrategias al usar uno o más dispositivos de escrutinio estándar y luego pasando a otras pruebas particulares, según el resultado de la exploración inicial.

Interpretación de los resultados de las pruebas neuropsicológicas

Golden y colaboradores (1992) señalan diversas formas en que los neuropsicólogos interpretan los datos de las pruebas. Primera, el nivel de desempeño de un paciente se puede interpretar en el contexto de datos normativos. Por ejemplo, ¿la puntuación de un paciente es significativamente inferior a la puntuación media para el grupo de referencia apropiado, sugiriendo algún deterioro en esta área de funcionamiento? Segunda, algunos calculan *puntuaciones de diferencia* entre dos pruebas para un paciente; ciertos niveles de diferencia sugieren deterioro. Tercera, los signos *patognomónicos* del daño cerebral (como no dibujar la mitad izquierda de una imagen) pueden notarse e interpretarse. Cuarta, puede emprenderse un *análisis de patrón* de puntuaciones; ciertos patrones de puntuaciones de pruebas se han asociado de modo confiable con ciertas lesiones o deterioros neurológicos. Por último, varias fórmulas estadísticas que ponderan

las puntuaciones de prueba de manera diferencial pueden estar disponibles para ciertas decisiones diagnósticas.

Un punto final acerca de la interpretación tiene que ver con la conveniencia de hacer evaluaciones cualitativas de las respuestas de los pacientes. ¿Los neuropsicólogos deberían depender de pruebas cualitativas o de métodos cuantitativos que reducen los resultados a valores numéricos? ¿La *forma* en que responde un paciente es el dato importante o lo son las respuestas calificadas? Es probable que muchos neuropsicólogos combinen los dos enfoques, los cuales no necesitan ser excluyentes. Es probable que si un paciente obtiene cero puntos por fallar en la reconstrucción apropiada de una tarea de diseño de bloques o por empujar enojado los bloques fuera de la mesa del examinador, esto sea significativo para su diagnóstico final. Aunque el valor obtenido en puntos (cero) sea el mismo en ambos casos, la consideración y análisis de la calidad o naturaleza de la respuesta del sujeto ayuda al neuropsicólogo en su conceptualización del caso.

Procedimientos de neurodiagnóstico

Como sabe el lector, el campo médico ya cuenta con una variedad de *procedimientos de neurodiagnóstico*. Éstos incluyen el examen neurológico tradicional llevado a cabo por el neurólogo, punciones lumbares, radiografías, electroencefalogramas (EEG), exploraciones por medio de tomografía axial computarizada (TAC), exploraciones por medio de tomografía por emisión de positrones (TEP) y la técnica más reciente de exploraciones por medio de imágenes por resonancia magnética nuclear (IRM o IRN). Éstos son medios valiosos para localizar la presencia de daño y enfermedad, pero no todos trabajan igual de bien en el diagnóstico del deterioro. Asimismo, estas técnicas algunas veces producen evidencia de anormalidades sin que exista daño cerebral. Por último, algunos de estos procedimientos plantean riesgos para el paciente. Las punciones lumbares pueden ser dolorosas y algunas veces perjudiciales; todos conocemos los peligros del exceso de rayos X.

Aun así, los procedimientos de diagnóstico del neurólogo buscan en forma directa evidencia de daño cerebral. Además de estas formas estándares de procedimiento neurodiagnóstico, se dispone de otros diversos métodos de imágenes que proporcionan una mejor percepción del cerebro "en funcionamiento" (Bigler, Porter y Lowry, 1997). La tomografía computarizada por emisión de un solo fotón (single photon emission computed tomography; SPECT) se basa en el flujo de sangre cerebral y proporciona una "imagen" del modo en que está trabajando el cerebro. Como otro ejemplo, las imágenes por resonancia magnética funcional (IRMf) también evalúan los cambios del flujo de sangre en el cerebro. Ambos procedimientos nuevos de diagnóstico alternativo son una promesa en la neuropsicología clínica, debido a que quizá tienen mayor probabilidad de proporcionar información sobre la forma en que funcionan diferentes áreas del cerebro.

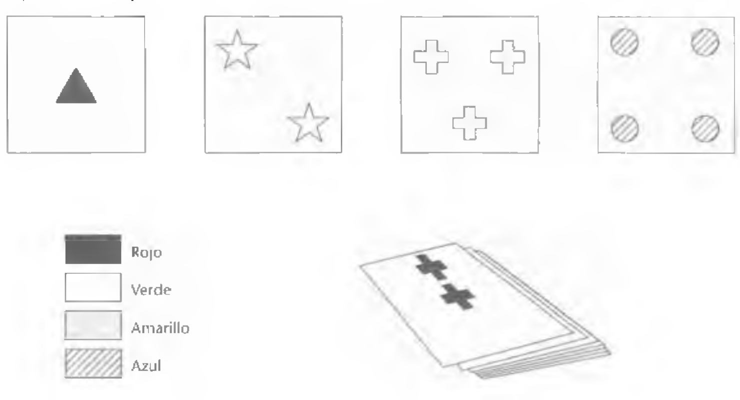
Muchos de estos procedimientos de neurodiagnóstico son bastante costosos y algunos son invasivos. Por consiguiente, puede ser útil usar pruebas neuropsicológicas como medidas de exploración, cuyos resultados pueden indicar si se requieren pruebas de neurodiagnóstico más costosas. A continuación consideraremos algunos dispositivos y baterías de evaluación neuropsicológica específicos.

Áreas de prueba del funcionamiento cognoscitivo

Se dispone de muchas pruebas para evaluar una amplia gama de funcionamiento cognoscitivo y conductual. En esta sección expondremos sólo un puñado de las áreas de funcionamiento evaluadas por los neuropsicólogos. Además, debido a restricciones de espacio (se dispone de libros completos de evaluación neuropsicológica), sólo daremos unas cuantas pruebas como ejemplo.

Funcionamiento intelectual. Se han utilizado diversas técnicas a lo largo de los años para evaluar los niveles de funcionamiento intelectual. Para estimar el nivel de capacidad intelectual, muchos neuropsicólogos usan la WAIS-III (véase el Cap. 7) y subpruebas de una versión modificada de la WAIS-R, llamada la WAIS-R-NI (Kaplan, Fine, Morris y Delis, 1991). Las modificaciones incluyen, por ejemplo, cambios en la aplicación (como permitir al paciente continuar en una subprueba a pesar de respuestas incorrectas consecutivas) y reactivos de subprueba adicionales. Debido a estas modificaciones, se cree que la WAIS-R-NI proporciona más información respecto de las estrategias cognoscitivas del paciente (R. M. Anderson, 1994).

FIGURA 18-3 Prueba de clasificación de tarjetas de Wisconsin
Fuente: tomado de Lezak, M. D. (1995). *Neuropsychological Assessment* (3a. ed.). Nueva York: Oxford Página 621. Reimpreso con autorización.



Si no es posible aplicar toda la WAIS-III, pueden utilizarse ciertas subpruebas individuales —por lo general, las subpruebas Información, Comprensión y Vocabulario—. Se cree que el trauma o lesión cerebral afecta menos a estas subpruebas y, por tanto, pueden proporcionar también estimaciones de la inteligencia premórbida. Esto es importante porque con frecuencia no se dispone de datos de prueba previos a la lesión para que sirvan como línea base con la cual comparar el funcionamiento presente.

Razonamiento abstracto. Por muchos años, los clínicos observaron que los pacientes diagnosticados con esquizofrenia o los considerados con deterioro cognoscitivo parecían encontrar difícil pensar en forma abstracta o conceptual. Tales pacientes parecían enfocar las tareas de una manera muy concreta. Algunas de las pruebas más utilizadas para evaluar capacidades de razonamiento abstracto incluyen la subprueba Semejanzas de la WAIS-III (véase el Cap. 7) y la Prueba de clasificación de tarjetas de Wisconsin o WCST (Wisconsin Card Sorting Test; Heaton, 1981). La subprueba Semejanzas requiere que el paciente produzca una descripción de la forma en que se parecen dos objetos. La WCST consiste en mazos de cartas que difieren de acuerdo con las formas impresas, los colores de las formas y el número de formas en cada carta (Fig. 18-3). Se le pide al paciente que coloque cada carta bajo la carta estímulo apropiada de acuerdo con un principio (mismo color, mismas formas, mismo número de formas) deducido de la retroalimentación del examinador ("eso es correcto" o "eso está incorrecto"). En varios puntos durante la prueba, el examinador cambia los principios; esto sólo puede detectarse por la retroalimentación del examinador respecto de lo correcto de la clasificación de la siguiente carta.

Memoria. A menudo la pérdida de memoria marca el daño cerebral. Para probar dicha pérdida, Wechsler (1945) desarrolló la Escala Wechsler de memoria, o WMS (Wechsler Memory Scale). La Escala Wechsler de memoria-III, o WMS-III (Wechsler, 1997b), es la revisión más reciente de la WMS y se desarrolló conjuntamente con la WAIS-III (Wechsler, 1997a), ya que los clínicos con frecuencia miden la capacidad intelectual y la memoria al mismo tiempo. Las puntuaciones de la subprueba WMS-III se combinan en ocho índices primarios que evalúan un rango de funcionamiento de la memoria: auditiva inmediata, visual inmediata, memoria inmediata, auditiva demorada, visual demorada, reconocimiento auditivo demorado, memoria general y memoria de trabajo. También

pueden calcularse cuatro compuestos de proceso auditivo complementarios. Éstos se utilizan para evaluar procesos de memoria cuando los estímulos se presentan en forma auditiva. Además de las interpretaciones basadas en puntuaciones de una subescala única y de un índice único, también son informativos los patrones de discrepancia entre puntuaciones de índices. Por ejemplo, las puntuaciones inmediatas relativamente superiores a las puntuaciones de índice demorado podrían indicar problemas con la retención del material aprendido con anterioridad (Psychological Corporation, 1997). Otro ejemplo que incorpora puntuaciones de pruebas de inteligencia es un patrón de puntuaciones en que ocurren puntuaciones relativamente bajas en los índices de Memoria de trabajo y Memoria inmediata en el contexto de puntuaciones de inteligencia relativamente altas. Este patrón sugiere que algún deterioro en la atención afecta la capacidad del paciente para aprender el material en un principio (Psychological Corporation, 1997).

Dos pruebas adicionales también evalúan la pérdida de memoria. En ellas, el paciente debe demostrar la percepción espacial y la coordinación perceptivomotora así como el recuerdo. En esencia, la Prueba de retención visual de Benton (Benton, 1963) es una prueba de memoria para diseños. Se presentan diez cartas por 10 segundos cada una. Después de que se retira una carta, el paciente debe dibujar el diseño de memoria. Hay diversas variantes de este procedimiento. Se dispone de instrucciones de calificación y de algunos datos normativos (por ejemplo, Benton, 1974). Muchos neuropsicólogos usan la Prueba de figura compleja de Rey-Osterrieth (Lezak, 1995) para evaluar la memoria visoespacial. Los pacientes copian primero una figura compleja, en seguida la dibujan de memoria y luego la trazan de nuevo tras un periodo especificado. Por tanto, esta prueba puede evaluar cómo se procesó la figura en un inicio (copia inmediata), y pueden hacerse comparaciones entre copias subsecuentes en diferentes condiciones de recuerdo (Kramer y Delis, 1997). Además, debido a que la figura se caracteriza por formas de configuración más grandes (por ejemplo, un triángulo grande) y detalles internos más pequeños (puntos, marcas pequeñas), pueden hacerse diferenciaciones entre aquellos con daño en el hemisferio izquierdo frente al derecho (Lezak, 1995). Se dispone de diferentes sistemas de calificación y datos normativos a lo largo de una gama amplia de edades (Kramer y Delis, 1997). La figura 18-4 presenta la Figura Compleja de Rey-Osterrieth.

Procesamiento perceptivo-visual. Las habilidades visoespaciales son necesarias para una amplia gama de actividades, incluyendo leer un mapa, estacionar un automóvil en batería y arrojar una pelota de beisbol desde el jardín hasta una base (Caplan y Romans, 1997). Además de la Prueba de figura compleja de Rey-Osterrieth, muchos neuropsicólogos buscan evaluar las habilidades visoespaciales examinando el desempeño en ciertas subpruebas de la WAIS-III, como la subprueba de diseño de bloques. También se dispone de varias pruebas especializadas de estas habilidades. Por ejemplo, la Prueba de juicio de orientación de líneas (Benton, Hamsher, Varney y Spreen, 1983) requiere que los examinados indiquen el par de líneas en una tarjeta de respuesta que "correspondan" a (queden en la misma orientación que) las dos líneas en la tarjeta estímulo. La figura 18-5 proporciona ejemplos de reactivos de esta prueba.

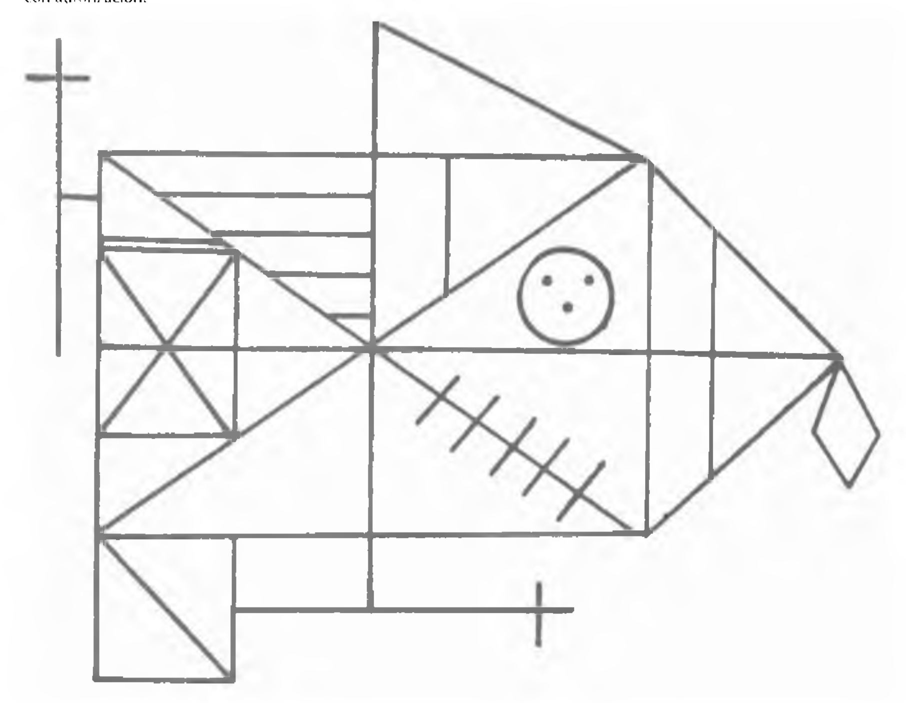
Funcionamiento del lenguaje. Varias formas de lesión o trauma cerebral pueden afectar la producción o la comprensión del lenguaje. Las pruebas que requieren que los pacientes repitan palabras, frases y oraciones pueden evaluar las dificultades de articulación y las parafasias (sustituciones de palabras); las pruebas de nombrar pueden ayudar a diagnosticar anomias (deterioro de la denominación). La comprensión del lenguaje puede evaluarse usando la Escala de habla receptiva de la Luria-Nebraska (descrita en la siguiente sección). Esta subprueba requiere que los pacientes respondan órdenes verbales (como apuntar partes nombradas del cuerpo u objetos o responder órdenes simples). Los patólogos del habla y del lenguaje hacen un excelente trabajo para evaluar en forma amplia la disfunción del lenguaje y el neuropsicólogo puede elegir enviar a los pacientes a estos profesionales de la salud si una prueba de exploración indica sospecha de problemas en la producción o comprensión del lenguaje.

Baterías de prueba

Ahora examinaremos dos baterías de pruebas neuropsicológicas muy utilizadas: la Halstead-Reitan y la Luria-Nebraska.

FIGURA 18-4 Figura Compleja de Rey-Osterrieth

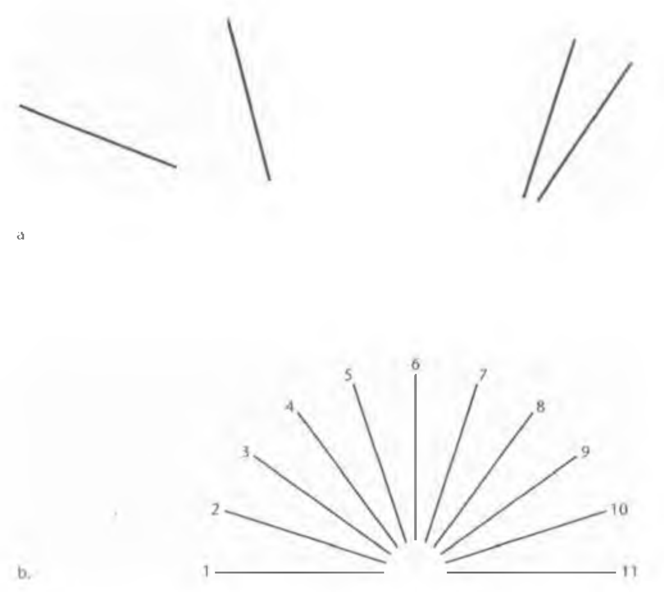
Fuente: Tomado de Lezak, M. D. (1995). *Neuropsychological Assessment* (3a. ed.). Nueva York: Oxford. Página 570. Usado con autorización.



La batería Halstead-Reitan. Para contrarrestar las críticas de que las pruebas individuales para la disfunción cerebral eran demasiado limitadas en su alcance para proporcionar respuestas definitivas, se elaboró la *Batería neuropsicológica Halstead-Reitan* (Halstead, 1947; Reitan y Davison, 1974). Ahora es sin duda la batería de pruebas más utilizada. La batería, como se usa por lo general, consta de varias medidas: la prueba de categoría, la prueba de ritmo Seashore, la prueba de oscilación dactilar, la prueba de percepción de sonidos y habla, la prueba de desempeño táctil, la prueba de rastreo, la prueba de fuerza de asimiento, el examen sensorial perceptivo, la prueba de localización de dedos, la prueba de percepción de escritura de números en la punta de los dedos, la prueba de reconocimiento táctil de formas y la prueba de exploración de afasia. Estas pruebas pueden complementarse con el MMPI-2 y la WAIS-III. La escala puede utilizarse con personas de 15 años en adelante; otras versiones pueden usarse con niños de nueve a 14 y de cinco a ocho años. Reitan y Wolfson (1993) proporcionan una descripción detallada de la batería.

La batería Halstead-Reitan sirve para proporcionar información acerca de la probable localización de lesiones y si parecen ser de inicio gradual o súbito. También sugiere algo sobre deficiencias psicológicas específicas que un terapeuta notaría. La aplicación de la batería puede requerir más de seis horas. Muchos clínicos tienen técnicos

FIGURA 18-5 **Reactivos de muestra de la Prueba de Juicio de Orientación de Líneas**
Fuente: tomado de Lezak, M. D. (1995). *Neuropsychological Assessment* (3a. ed.). Nueva York: Oxford. Página 400. Usado con autorización.



capacitados para hacer esta labor, así que no se ven atascados en procedimientos prolongados de administración y pueden concentrarse en las complejidades de la interpretación.

Tanto la validez como la confiabilidad de la Halstead-Reitan son sustentadas por varios estudios a lo largo de una amplia gama de grupos de edad (G. Goldstein, 1997). Las principales debilidades de la batería de prueba son su longitud, su incomodidad y el descuido relativo de ciertas áreas de funcionamiento, como la memoria (Goldstein, 1997). En el recuadro 18-2 se muestra un resumen breve de un informe de caso basado en la Halstead-Reitan y otras pruebas.

La batería Luria-Nebraska. Como alternativa a la Halstead-Reitan, la *batería Luria-Nebraska* consiste en 269 tareas separadas que abarcan 11 subpruebas: funciones motoras, funciones de ritmo, funciones táctiles, funciones visuales, habla receptiva, habla expresiva, funciones de escritura, habilidades de lectura, habilidades aritméticas, memoria y procesos intelectuales. Los estudios que evalúan la confiabilidad de la batería y la validez diagnóstica la han sustentado (por ejemplo, Golden, Hammeke y Purisch, 1978; Golden, Purisch y Hammeke, 1985). La Luria-Nebraska muestra un acuerdo considerable con los resultados obtenidos con el método Halstead-Reitan (Goldstein y Shelly, 1984; Kane, Parsons, Goldstein y Moses, 1987; Sears, Hirt y Hall, 1984). Una versión para niños se desempeñó igual de bien que la WISC-R para discriminar casos psiquiátricos y neurológicos (Carr, Sweet y Rossini, 1986) y fue capaz también de diagnosticar en forma confiable trastornos por déficit de atención en niños (Lahey, Hynd, Stone, Placentini y Frick, 1989).

RECUADRO 18-2

Un breve informe neuropsicológico basado en la Halstead-Reitan y otra información

Nombre:	Sr. Y.
Fecha de nacimiento:	8-29-26
Ocupación:	Piloto retirado de la Fuerza Aérea USAF
Educación:	18 años (grado de maestría)

Motivo de consulta

El señor Y. es un hombre blanco de 57 años, retirado de la Fuerza Aérea de Estados Unidos. Durante varios años anteriores había notado una disminución en su percepción, capacidades mecánicas, tiempo de reacción, capacidades para conducir y capacidad para leer y escribir a mano. Informa que los síntomas han sido especialmente pronunciados durante los pasados dos a tres años. El doctor __________ solicitó una evaluación neuropsicológica a fin de valorar la presencia y grado de deterioro orgánico.

Resumen y recomendaciones

1. La evaluación neuropsicológica revela deterioro grave en varias áreas de funcionamiento, como dificultades y problemas de construcción graves en todas las tareas que requieren capacidades no verbales y visoespaciales, incluyendo la memoria para la información visual. Estas áreas de déficit apuntan a un proceso patológico en el área parietal-occipital derecha del cerebro. La posibilidad de daño estructural importante en esta área debería investigarse en forma directa.
2. Las capacidades verbales al igual que la memoria verbal del señor Y. se han preservado y están, en general, en el nivel superior.
3. La evaluación de la personalidad revela que el señor Y. sufre de una depresión moderada acompañada por preocupación y rumiación. Esto parece ser de naturaleza bastante antigua más que una reacción emocional aguda.
4. Las deficiencias neuropsicológicas del paciente no pueden atribuirse a su depresión.
5. En vista de nuestros resultados, debería hacerse una revisión cuidadosa de las capacidades del paciente tanto en el trabajo como en la casa con él y con su esposa.
6. Mientras se trabaja con esta información, sería útil una psicoterapia de apoyo.
7. Se recomienda una reevaluación neurológica actual.

Fuente: tomado de "Overview of the Halstead-Reitan battery", de O. A. Parsons, pp. 179-180. En T. Incagndi, G. Goldstein y C. J. Golden (eds.), *Clinical Application of Neuropsychological Test Batteries.*

La ventaja principal de la Luria-Nebraska es que sólo requiere para completarla de 2.5 horas, comparada con las seis horas que en ocasiones supone completar la batería Halstead-Reitan. Sin embargo, algunos neuropsicólogos clínicos creen que la Luria-Nebraska es limitada debido a su estandarización y fundamento (Goldstein, 1997). De manera específica, muchos de los estudios de confiabilidad y validez se basan en cantidades pequeñas de pacientes y algunos críticos sienten que la Luria-Nebraska no traduce bien las teorías y métodos de A. R. Luria en un instrumento de evaluación neuropsicológica.

Variables que afectan el desempeño en las pruebas neuropsicológicas

Diversas variables del paciente pueden influir en las puntuaciones de la prueba neuropsicológica (Anderson, 1994; Golden y cols., 1992). Dado que

las puntuaciones de prueba difieren de acuerdo con el sexo biológico, edad y nivel de educación del paciente, deberían utilizarse normas apropiadas en la interpretación. Además, las puntuaciones de prueba serán influidas por la lateralidad, la capacidad premórbida (anterior al trauma o lesión cerebral), el carácter crónico de la condición neurológica y la presencia de otras condiciones físicas (no neurológicas) (por ejemplo, una lesión periférica en un brazo podría afectar la ejecución en la prueba de fuerza de asimiento de la batería Halstead-Reitan). Por último, las variables motivacionales (excitación, nivel de cooperación) también afectarán las puntuaciones. Por ejemplo, es probable que un paciente que está tomando sedantes no sea capaz de desempeñarse de manera óptima.

Una variable motivacional que merece un comentario adicional es la *simulación*. Detectar el fingimiento o la simulación en las pruebas psicológicas puede ser difícil incluso para el clínico más astuto. Existe controversia acerca de la frecuencia con que ésta ocurre en la evaluación neuropsicológica. Es muy importante reconocer que puede presentarse y mejorar las capacidades de los clínicos para detectarla, en especial dada la presencia creciente del clínico como un testigo experto en casos legales de diversa índole (Cap. 19). Se han sugerido varios enfoques para abordar la simulación en las pruebas neuropsicológicas, que van desde la elaboración y uso de un índice de simulación objetivo (Reitan y Wolfson, 1996) hasta el uso de estrategias para evaluar las puntuaciones de prueba (R. Rogers, Harrell y Liff, 1993). Por ejemplo, Rogers y colaboradores (1993) sugieren que fallar en reactivos de prueba muy fáciles, la ejecución diferencial en reactivos de prueba difíciles frente a los fáciles y ejecución por debajo de lo que marca el azar en reactivos de prueba de elección de opciones, debería despertar sospechas de simulación.

Intervención y rehabilitación

Los problemas de deterioro neurológico por lo general giran alrededor de dos cuestiones principales. Primera, ¿cuál es la naturaleza del deterioro o daño? Por ejemplo, ¿es una pérdida perceptual o cognoscitiva? Segunda, ¿hay algún daño cerebral real que pueda explicar en alguna forma el comportamiento del paciente? De manera más concreta, ¿el daño es permanente o puede esperarse la recuperación después de una fase aguda? ¿El daño es focal o está difundido por el cerebro? En general, el daño focal origina efectos más específicos y limitados en el comportamiento, mientras que el daño difuso puede causar efectos amplios. Las fuentes de referencia a menudo necesitan saber si el daño será progresivo (como en el daño cerebral difuso o en el daño causado por una enfermedad) o no (como sucede a menudo en el caso de las apoplejías o traumatismos craneales). Las respuestas proporcionadas por los neuropsicólogos clínicos afectan en forma significativa las clases de programas de rehabilitación diseñados para diversos pacientes.

La *rehabilitación* se está convirtiendo en una de las funciones principales de los neuropsicólogos (Golden y cols., 1992). El neuropsicólogo a menudo es empujado a la función de coordinar el tratamiento cognoscitivo y conductual de pacientes que han mostrado deterioro cognoscitivo y conductual como resultado de disfunciones o lesiones cerebrales. Primero se lleva a cabo una evaluación minuciosa de las ventajas y desventajas del paciente; ésta puede incluir no sólo resultados de pruebas neuropsicológicas sino también observaciones de otros miembros del personal, como enfermeras, médicos y terapeutas físicos. Luego se elabora un programa de rehabilitación que beneficiará al máximo al paciente, dadas sus deficiencias, al igual que será eficiente en el sentido de requerir una cantidad mínima de tiempo y supervisión por parte del personal (Golden y cols., 1992).

Como lo señalaron Golden y colaboradores (1992), la rehabilitación puede tener lugar a través de la recuperación espontánea del funcionamiento. Sin embargo, es más probable que el neuropsicólogo y el equipo de rehabilitación participen cuando la rehabilitación tiene que lograrse haciendo que el paciente "reaprenda" por medio de sistemas funcionales intactos y más antiguos desde el punto de vista del desarrollo, el desarrollo de sistemas funcionales nuevos o el cambio del ambiente para asegurar la mejor calidad de vida posible. En este último caso, el juicio puede ser que no se desarrollen sistemas funcionales alternos o nuevos que disminuyan de manera significativa el nivel de deterioro cognoscitivo o conductual.

En el caso del desarrollo de sistemas funcionales alternos o nuevos, se formulan tareas de rehabilita-

ción para "tratar" las deficiencias del paciente. Golden y colaboradores (1992, pp. 214-215) ofrecen los siguientes lineamientos generales para formular este tipo de tarea de rehabilitación:

1. Deberá incluir la habilidad deteriorada que uno trata de reformular. Todos los otros requerimientos de habilidad en la tarea deberían estar en áreas en que el sujeto tenga poco o ningún problema.
2. El terapeuta debe ser capaz de variar la dificultad de la tarea de un nivel que sería simple para el paciente a otro que represente la ejecución normal.
3. La tarea deberá ser cuantificable, de modo que el progreso pueda establecerse con objetividad.
4. La tarea deberá proporcionar retroalimentación inmediata al paciente.
5. Deberá controlarse el número de errores cometidos por el paciente.

Golden y colaboradores (1992) dan ejemplos de programas de rehabilitación para varias deficiencias cognoscitivas y conductuales. Por ejemplo, el deterioro de la memoria verbal podría tratarse aplicando problemas de memoria simples (los que comprenden una unidad de información) al paciente y luego tareas más complejas (por ejemplo, un problema que requiera la memorización de seis o siete unidades de información). La complejidad de la tarea puede variarse más utilizando, por ejemplo, palabras sin relación o disminuyendo el tiempo de exposición a las palabras estímulo.

Comentarios concluyentes

Enseñanza

Sin duda, la neuropsicología como área de especialización dentro de la psicología clínica es dinámica y emocionante. Al mismo tiempo, los procedimientos en este subcampo se han vuelto tan complejos que es necesaria la enseñanza de la especialidad.

Algunos psicólogos clínicos no se sienten muy cómodos realizando evaluaciones neuropsicológicas ni están calificados. A menudo es limitada su capacitación en dicha evaluación, al igual que su conocimiento de las relaciones entre el cerebro y el comportamiento. Como ha señalado Lezak (1995), el éxito de cualquier evaluación neuropsicológica dependerá de lo bien que comprendan los examinadores no sólo las relaciones normales entre el cerebro y el comportamiento, sino también los efectos psicológicos de la disfunción cerebral. Por consiguiente, se necesitan expertos. Reitan y Davison (1974) comentaron hace algún tiempo la necesidad de desarrollar un campo nuevo de neuropsicología clínica. La neuropsicología clínica ahora es una especialidad reconocida de manera formal por la Asociación Psicológica Estadounidense y la Asociación Psicológica Canadiense.

En septiembre de 1997, la *Conferencia de Houston* reunió a los líderes relacionados con la capacitación de los neuropsicólogos clínicos futuros. Se ofrecieron lineamientos para la capacitación de internado de posgrado (doctorado) y posdoctorado de los neuropsicólogos clínicos futuros. De manera breve, estos lineamientos recomendaban un título de doctorado de un programa de posgrado con una especialización en neuropsicología clínica. Como una base de conocimiento requerida, la Conferencia de Houston recomendó 1) un núcleo de psicología genérica (estadística, aprendizaje, psicología social, psicología fisiológica, psicología del desarrollo, historia); 2) un núcleo clínico genérico (psicopatología, psicometría, evaluación, intervención, ética); 3) neurociencias y neuropsicología humana y animal básica (neuroanatomía funcional, técnicas de neurodiagnóstico, neuroquímica, neuropsicología del comportamiento), y 4) capacitación neuropsicológica clínica específica (diseño de investigación en neuropsicología, técnicas de evaluación neuropsicológica especializadas). Además, la conferencia recomendó que se adquirieran habilidades en evaluación, tratamiento e intervenciones, consulta, investigación, enseñanza y supervisión. El conocimiento y habilidades en estas áreas pueden adquirirse y dominarse por medio de cursos, experiencia supervisada, experiencia en internados y una capacitación requerida de residencia posdoctorado de dos años. Aquellos que completen una experiencia de capacitación tan rigurosa en neuropsicología clínica deberían ser capaces de demostrar, al final de su capacitación, una habilidad avanzada en evaluación neuropsi-

cológica, tratamiento y consulta, y deberían ser elegibles para certificación en neuropsicología clínica por parte del Consejo Estadounidense de Psicología Profesional (American Board of Professional Psychology).

Futuro

En el futuro, la neuropsicología puede esperar el desarrollo de pruebas individuales y baterías cada vez más sofisticadas. Son muy deseables mejores dispositivos y procedimientos de evaluación, incluyendo disposiciones mejoradas para la planeación, terapia y rehabilitación para pacientes con disfunción cerebral. Es obvio que la evaluación significa más que etiquetar a las personas; quiere decir permitir a los clínicos ayudar al paciente a adaptarse al futuro (Johnstone y Frank, 1995). En particular, el campo debe preocuparse más por la predicción y facilitación de la recuperación de la lesión cerebral. Por suerte, esto es lo que está comenzando a suceder. Los procedimientos de capacitación que ayudan a fomentar la rehabilitación, las pruebas que predicen el grado y ritmo de la recuperación y la información general sobre el curso de una lesión debilitante pueden ofrecer esperanza y estructura a los pacientes y sus familias. Incluso las malas noticias, ofrecidas de manera sensible y constructiva, pueden facilitar la adaptación.

Johnstone y Frank (1995) han exhortado a más neuropsicólogos para que cambien su atención a la rehabilitación. Aunque la necesidad de servicios de rehabilitación ha aumentado en años recientes, relativamente pocos neuropsicólogos han recibido capacitación específica en rehabilitación. Es más, las pruebas neuropsicológicas tradicionales no se han utilizado (o adaptado) por lo general para ofrecer información útil desde el punto de vista clínico para los especialistas en rehabilitación. Johnstone y Frank afirman, por ejemplo, que muchas capacidades cognoscitivas importantes (como la atención, las funciones ejecutivas y la memoria) son mal comprendidas y mal medidas. En su opinión, los resultados de las pruebas neuropsicológicas necesitan ligarse con claridad (por medio de la investigación empírica) a las funciones del mundo real, de modo que la rehabilitación pueda abordar deficiencias o deterioros que, si mejoran, conducirán a un resultado positivo. Si se les presta atención, es probable que estas sugerencias afecten la investigación, la capacitación y las aplicaciones clínicas en el campo de la neuropsicología.

Los cambios en la forma de suministrar la atención médica subsidiada y reembolsar los gastos también tendrán un gran impacto en el campo de la neuropsicología. K. M. Adams (1996) ha expuesto muchos de los modos en que la atención médica subsidiada afectará a los neuropsicólogos presentes y futuros. Primero, la evaluación neuropsicológica ya no se llevará a cabo de manera rutinaria cuando se planteen problemas entre el cerebro y el comportamiento, ni es probable que se reembolse en forma rutinaria. Más bien, es probable que la evaluación neuropsicológica sea vista por las compañías de atención médica subsidiada como un lujo que se realizará sólo cuando sea imprescindible. Adams también predice que es probable que el mercado para los neuropsicólogos se reduzca y se les exija que documenten su utilidad. Si es verdad, esta reducción del mercado laboral tendrá un contraste agudo con la riqueza de oportunidades de trabajo en la neuropsicología característica de la década pasada. Por último, Adams cita la necesidad de educar a las compañías de seguros, a los médicos y a los administradores de hospitales respecto de lo que hacen los neuropsicólogos, cómo pueden ser útiles y cómo sus procedimientos de examen y rehabilitación tienen una buena relación entre el costo y la efectividad.

Resumen del capítulo

El campo de la neuropsicología ha presenciado un crecimiento tremendo a lo largo de las décadas pasadas. Esta disciplina es el estudio de las relaciones entre la función cerebral y el comportamiento. Los neuropsicólogos son llamados a dar consulta a neurólogos u otros médicos a fin de evaluar el funcionamiento, hacer predicciones respecto al pronóstico y curso, y planear intervenciones y rehabilitación. Los modelos del funcionamiento cerebral han evolucionado de la localización de la función a la equipotencialidad y, por último, al modelo funcional. Este modelo sostiene que diferentes áreas del cerebro interactúan para producir el comportamiento, y que el comportamiento es un resultado de varios sistemas funcionales de áreas cerebrales.

Hemos revisado en forma sucinta las principales estructuras del cerebro, varios antecedentes o causas de daño cerebral y diversas consecuencias del daño

neurológico. La evaluación neuropsicológica comprende el uso de métodos de prueba estandarizados no invasivos que son sensibles a varias formas de funcionamiento cerebral. Una distinción esencial se da entre el enfoque de batería estándar (o fija), en que se aplica a todos los pacientes un conjunto estándar de pruebas sin importar el panorama clínico, y el enfoque flexible (o de prueba de hipótesis), en que sólo se aplican pruebas seleccionadas. Las áreas principales de funcionamiento que son el objetivo de los neuropsicólogos incluyen el funcionamiento intelectual, el razonamiento abstracto, la memoria, el procesamiento perceptivo visual y el funcionamiento lingüístico. También pueden utilizarse pruebas de neurodiagnóstico para diagnosticar problemas. La evaluación de un neuropsicólogo clínico puede utilizarse para formular y poner en práctica un plan de intervención o rehabilitación adecuado a cada paciente. El programa de rehabilitación debería ser de beneficio máximo para el paciente y eficiente en cuanto al tiempo y supervisión del personal.

Es necesaria la capacitación especializada en neuropsicología clínica debido a la complejidad y sofisticación de los procedimientos utilizados. La mayor parte de los programas de posgrado no pueden dedicar tiempo, cursos y experiencia práctica suficientes al estudio de las relaciones entre cerebro y comportamiento. Por consiguiente, se ha adoptado un modelo integrado para la enseñanza de los neuropsicólogos clínicos que incluye experiencias predoctorales, de internado y posdoctorales. El campo tiene muchos retos enfrente, incluyendo la necesidad de técnicas de evaluación y rehabilitación más elaboradas y económicas, así como una reducción en el mercado laboral como resultado de la atención médica subsidiada.

Términos clave

afasia Deterioro de la capacidad de lenguaje.

agnosia Deterioro de la percepción sensorial.

análisis de patrón Método de interpretación de pruebas neuropsicológicas en que se examina el patrón básico de puntuaciones en una prueba para ver si corresponde a un patrón que se ha asociado de manera confiable con una lesión o deterioro neurológico determinado.

apraxia Deterioro de la capacidad para ejecutar ciertos movimientos voluntarios.

batería estándar También conocida como el enfoque de la "batería fija". En este enfoque, a todos los pacientes enviados se les aplica el mismo conjunto de pruebas neuropsicológicas.

batería Halstead-Reitan La batería de pruebas neuropsicológicas más utilizada. Consiste en varias medidas y se usa para proporcionar datos sobre deficiencias específicas, la localización probable de las lesiones y si las mismas parecen ser de inicio gradual o repentino. Aunque han recibido apoyo la confiabilidad y validez de esta batería, una desventaja significativa es el tiempo requerido para su aplicación.

batería Luria-Nebraska Batería de pruebas neuropsicológicas que evalúa capacidades agrupadas en 11 subpruebas. Los estudios han sustentado la confiabilidad y la validez diagnóstica de la batería, la cual requiere menos tiempo para su aplicación que la Halstead-Reitan.

cerebelo Estructura subcortical que se asocia con la coordinación motora y el control del tono muscular, la postura y el equilibrio.

Conferencia de Houston Conferencia sobre enseñanza de neuropsicología clínica que se reunió en septiembre de 1997. Como resultado se ofrecieron lineamientos específicos para la enseñanza de posgrado, el internado predoctoral y la capacitación posdoctoral de los neuropsicólogos clínicos futuros.

conmociones Golpe en el cerebro suficiente para producir perturbaciones momentáneas de la función cerebral. Por lo general una sola conmoción no causa daño permanente, pero las repetidas pueden hacerlo.

contusiones Magulladuras. En el cerebro, las contusiones resultan cuando el cerebro ha sido cambiado de su posición normal y presionado contra el cráneo. Las contusiones cerebrales pueden ser graves y producir estados delirantes o comatosos.

delirio Perturbación de la conciencia causada a menudo por exposición a toxinas.

enfermedad degenerativa Grupo de trastornos —como la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson y la corea de Huntington— que resultan de la degeneración de las neuronas del sistema nervioso central. Estos trastornos se caracterizan por degeneración cerebral progresiva y perturbación de varios comportamientos o funciones.

enfoque flexible o de prueba de hipótesis En este enfoque, el neuropsicólogo selecciona las pruebas que va a aplicar a cada paciente con base en sus hipótesis

acerca del caso e incluso puede alterar la aplicación de una o más pruebas.

equipotencialidad Noción de que la corteza funciona como un conjunto y que todas las áreas del cerebro contribuyen por igual al funcionamiento intelectual general. Con base en esta perspectiva, cuando un área de la corteza se daña, otra zona de la corteza puede encargarse de sus funciones.

evaluación neuropsicológica Evaluación del funcionamiento cerebral basada en el desempeño de una persona en pruebas estandarizadas no invasivas que se consideran indicadores precisos y sensibles de las relaciones entre el cerebro y el comportamiento.

hemisferio derecho Hemisferio del cerebro que controla el lado izquierdo del cuerpo y para la mayoría de las personas está más relacionado con las habilidades visoespaciales, la percepción de la dirección, la creatividad y las actividades musicales.

hemisferio izquierdo Hemisferio del cerebro que controla el lado derecho del cuerpo y para la mayor parte de las personas participa más en las funciones lingüísticas, la inferencia lógica y el análisis de detalles.

hemorragia cerebral Situación en que se rompe un vaso sanguíneo y la sangre escapa al tejido cerebral, dañándolo o destruyéndolo. Los síntomas de una hemorragia están determinados por su sitio y gravedad.

laceraciones Cortadas, desgarrones o roturas. Las laceraciones del tejido cerebral pueden ocurrir cuando el cráneo ha sido perforado por una bala u otro objeto.

lóbulos frontales Última parte del cerebro humano en desarrollarse. Los lóbulos frontales se asocian con funciones ejecutivas como la formulación, planeación y realización de comportamiento dirigido a un objetivo, comportamiento de supervisión y control, y emociones moduladoras.

lóbulos occipitales Porción de la corteza relacionada con el procesamiento visual y algunos aspectos de la memoria mediada en forma visual.

lóbulos parietales Porción de la corteza relacionada con la percepción táctil y cinética y la comprensión, la percepción espacial y algo de la comprensión y procesamiento del lenguaje.

lóbulos temporales Porción de la corteza que media la expresión, recepción y análisis lingüísticos y se vincula con el procesamiento de tonos, sonidos, ritmos y significados que no son de naturaleza lingüística.

localización de la función Idea de que ciertas porciones del cerebro controlan funciones o comportamientos específicos.

modelo funcional Teoría que integra las perspectivas de localización de la función y de equipotencialidad. Esta teoría sostiene que cualquier comportamiento se debe a la interacción de varios sistemas cerebrales, y que la naturaleza de una deficiencia conductual dependerá de cuál sistema funcional es afectado al igual que de la localización del daño dentro de ese sistema funcional.

neuropsicología Estudio de la relación entre la función cerebral y el comportamiento. Los neuropsicólogos estudian, evalúan y/o tratan comportamientos que se relacionan en forma directa con el funcionamiento del cerebro.

oclusiones Bloqueos de los vasos sanguíneos causados por coágulos. Los vasos que irrigan áreas particulares del cerebro pueden ocluirse, y dar como resultado un tipo de "apoplejía".

patognomónico Indicativo de una enfermedad o condición específica. Un método para interpretar datos de pruebas neuropsicológicas señala y saca inferencias sobre los signos patognomónicos.

procedimientos de neurodiagnóstico Procedimientos (como punciones lumbares, exploraciones TAC e IRM funcional) para detectar la presencia y localización del daño cerebral. Estos procedimientos varían en costo, sensibilidad, invasión y el riesgo que plantean para el paciente.

puntuaciones de diferencia Método para interpretar los datos de pruebas neuropsicológicas que se centra en la diferencia entre las puntuaciones de un paciente en dos pruebas separadas. Las puntuaciones de diferencia por encima de un determinado nivel sugieren deterioro.

rehabilitación En el contexto de la neuropsicología, el tratamiento de pacientes con deterioro cognoscitivo y conductual debido a disfunción o lesión cerebral. La rehabilitación puede referirse a ayudar al paciente a "reaprender" habilidades y/o cambiar su ambiente a fin de compensar mejor el deterioro. La planeación y coordinación de la rehabilitación es una función importante de los neuropsicólogos.

tumores Bultos anormales de tejido que pueden crecer dentro o fuera del cerebro o diseminarse a éste desde otras áreas del cuerpo. Los síntomas iniciales por lo general son sutiles y se vuelven más notorios conforme crece el tumor y ejerce presión en las áreas circundantes del cerebro.

Sitios web de interés

18-1 División 40 de la APA: neuropsicología clínica
www.div40.org

18-2 Programas de enseñanza en neuropsicología clínica
www.swets.nl/sps/ntp/ntphome.html

18-3 Central de neuropsicología (Neuropsychology Central)
www.neuropsychologycentral.com

18-4 El atlas completo del cerebro
www.med.harvard.edu/AANLIB/home.html

CAPÍTULO DIECINUEVE

Psicología forense*

PREGUNTAS PRINCIPALES

1. **¿Qué acontecimientos históricos influyeron en el desarrollo de la especialidad de la psicología forense?**
2. **¿Cuáles son las principales funciones a las que se vincularon los psicólogos forenses?**
3. **¿Cuáles son las semejanzas y diferencias entre las tres normas legales principales de locura?**
4. **¿Qué función podría desempeñar un psicólogo clínico en una decisión de custodia infantil?**
5. **¿Cómo podría contribuir un psicólogo forense a los siguientes procesos: selección del jurado, preparación de un testigo, ayuda a un abogado que hará un interrogatorio a un testigo para comprobar lo declarado con anterioridad?**

RESEÑA DEL CAPÍTULO

*Para una apreciación más precisa de las funciones de la psicología forense en su país, consulte la legislación correspondiente. (Nota del editor.)

Debido a que se dice que los psicólogos clínicos son "expertos" en comportamiento humano, no es sorprendente que algunos comenzaran a especializarse en la aplicación del conocimiento psicológico a los problemas que enfrentan los jueces, abogados, oficiales de policía y, de hecho, a cualquiera que deba enfrentar o vérselas con problemas relacionados con la justicia civil, penal o administrativa: víctimas y violadores por igual. Esta área de la psicología clínica, ahora llamada *psicología forense,* pasó por un repentino momento de crecimiento muy evidente durante los años setenta en Estados Unidos y continúa prosperando (Melton, Huss y Tomkins, 1999). Ha hecho todos los méritos para ser una subespecialidad significativa: programas de enseñanza de posgrado, organizaciones y consejos profesionales, una división de la APA (la División 41: Sociedad Estadounidense de Psicología y Leyes [American Psychology-Law Society]), revistas especializadas y libros de texto. Muchas de estas entidades son claramente interdisciplinarias y abarcan los ramos tanto de la psicología como del derecho. No obstante, el éxito y la popularidad del campo de la psicología forense también han estimulado algunas críticas ásperas (Hagen, 1997; Huber, 1993).

TABLA 19-1 Áreas de testimonio y experiencia de los psicólogos forenses

Internamiento en hospitales mentales
Problemas de custodia infantil
Daños psicológicos sufridos como resultado de negligencia de otro
Liberación de confinamiento involuntario
Determinación de la necesidad de un protector debido a incapacidad
Predicción de la peligrosidad
Derechos de las personas con incapacidades mentales en una institución
Competencia para someterse a juicio
Responsabilidad criminal (defensa por locura)
Determinación de discapacidad para reclamaciones de Seguridad Social
Demandas de compensación de trabajadores
Condiciones que afectan la exactitud del testimonio del testigo
Consejo a abogados respecto de los factores que afectarán el comportamiento del jurado
Medida en que las demandas de publicidad resultan engañosas
Síndrome de la mujer golpeada
Síndrome del trauma de violación
Exactitud de la identificación por parte del testigo
Hostigamiento sexual
Psicología policiaca
Selección del jurado
Programas de tratamiento del delincuente
Elaboración de perfiles criminales

Perspectivas e historia

Comencemos nuestra descripción del campo definiéndolo, esbozando su historia de manera breve y analizando luego unos cuantos asuntos de la profesión.

Definiciones

La psicología forense comprende "la aplicación de los métodos, teorías y conceptos de la psicología al sistema legal" (Wrightsman, Nietzel y Fortune, 1998, p. 499). La tabla 19-1 ilustra cuán amplias son estas aplicaciones y presenta una lista de varios ejemplos. Quizás intervengan varios escenarios y clientes, incluyendo niños y adultos. Todo tipo de instituciones, entre ellas corporaciones, dependencias gubernamentales, universidades, hospitales y clínicas, además de correccionales, pueden estar involucradas como clientes u objetos de testimonio.

Historia

En 1908, Hugo von Munsterberg publicó su libro *On the Witness Stand* (véase el recuadro 19-1). A pesar de este notable acontecimiento, la psicología tuvo relativamente poca influencia directa sobre las leyes hasta 1954, año en que la Suprema Corte de Estados Unidos por fin puso atención a las ciencias sociales en el caso de abolición de la segregación de *Brown vs. Board of Education.* Después, en 1962, el juez Bazelon, al escribir como representante de la mayoría del Tribunal de Apelaciones de Estados Unidos para el Distrito del Circuito de Columbia, sostuvo por primera vez que los psicólogos calificados de manera adecuada podrían testificar en el tribunal como expertos en trastornos mentales (*Jenkins vs. United States,* 1962). Por

RECUADRO 19-1

Munsterberg a juicio

Munsterberg (1908) se quejaba de que nadie (maestro, artista, hombre de negocios, médico, ministro, político o soldado) podía resistirse tanto como un abogado a la idea de que los psicólogos podrían serles de ayuda. Alegaba que los abogados, jueces e incluso los integrantes del jurado parecían pensar que todo lo que necesitaban para funcionar correctamente era sentido común.

El profesor John Wigmore (1909), un eminente profesor de leyes en la Universidad Northwestern, consideró los reclamos de Munsterberg como el colmo de la arrogancia. Reflejando los sentimientos de muchos abogados, Wigmore redactó en respuesta una parodia ingeniosa aunque mordaz. Esbozó una demanda ficticia por calumnia contra Munsterberg, acusándolo de exagerar lo que la psicología tenía que ofrecer, de ignorar los muchos desacuerdos entre los mismos psicólogos y de no haber comprendido la diferencia entre resultados de laboratorio y las realidades de los requerimientos legales.

La "demanda" fue levantada en "Villaventosa" en el "Condado Wundt". A los abogados de Munsterberg los llamó "I. N. Vestigación, Sik Ico y X. Peri Mento". El "Juez Sabio" atendió el caso contra Munsterberg y su afirmación de que "los abogados son obstinados".

Desde luego, los procesos fueron contra Munsterberg. Después de sólo unos cuantos minutos de consulta murmurada, el jurado estuvo de acuerdo acerca del veredicto y se inclinó por los demandantes. Munsterberg fue multado con un dólar por daños. Después de todo, el ataque de Wigmore fue tan ingenioso y devastador que le tomó 25 años a los psicólogos ser considerados de nuevo adecuados como testigos expertos. Sin embargo, poco antes de su muerte unos 30 años más tarde, Wigmore suavizó sus críticas. Aseveró que los tribunales deberían estar listos para utilizar cualesquier métodos en que los psicólogos coincidan en que son seguros, precisos y prácticos. En la actualidad, por supuesto, el cambio de actitud de Wigmore se refleja todos los días en los procesos judiciales. Pero quizá sea cierto que si Munsterberg se hubiera limitado un poco más en sus reclamos originales, nunca habría tenido lugar el episodio entre Munsterberg y Wigmore.

último, el psicólogo forense estaba a punto de aparecer en escena, aun cuando los psiquiatras habían gozado del privilegio de brindar testimonio experto durante muchos años. En la actualidad, los psicólogos testifican como expertos de manera habitual en casi todas las áreas de la ley penal, civil, familiar y administrativa. Además, fungen como consultores de dependencias e individuos a lo largo de todo el sistema legal.

Desde luego, el reducido esquema anterior de la historia forense desde Munsterberg a Bazelon deja fuera muchos detalles y controversias. Incluso antes que Munsterberg, William Stern informó en 1901 que estaba estudiando la "exactitud" de la memoria, un precursor temprano de la investigación actual sobre el testimonio de testigos oculares. E incluso Freud, durante un discurso que dio en 1960 a algunos jueces austriacos, afirmó que la psicología tiene aplicaciones reales para la ley. Más tarde, John Watson también aseveró que la ley y la psicología poseen intereses comunes.

Para que el lector no piense que la psicología forense marcha de manera inexorable rumbo a la respetabilidad profesional, sería bueno hacer notar que no todos opinaban que la psicología tuviera mucho que ofrecer al sistema legal. Al mismo Munsterberg le era difícil escapar a la crítica. Debido a que intentaba promover la función de la psicología antes de tener muchos datos empíricos para respaldar sus afirmaciones, muchos descartaron su obra. En un discurso de 1931, Lewis Terman indicó que "el error de Munsterberg fue exagerar la importancia de las contribuciones de la psicología basado en la investigación disponible en aquel entonces. Continuó sugiriendo que, a la luz de avances científicos significativos, la importancia última

de la psicología para la profesión legal no podía sobreestimarse" (Blau, 1998, p. 3). El recuadro 19-1 ilustra cuán crueles pudieron ser algunos miembros de la comunidad legal respecto de la tesis de Munsterberg. En los años cincuenta, antes de que la resolución del juez Bazelon tuviera efecto, los jueces no pocas veces descalificaron a los psicólogos como especialistas en la sala del tribunal.

Loh (1984) caracterizó el alejamiento entre la psicología y la ley como una fase durante la cual los psicólogos querían contribuir al sistema legal pero los abogados no obtenían nada de ello. En la década de los treinta, la psicología se aplicó, de manera principal, a la crítica de la doctrina legal y sus decisiones. Durante los cincuenta, los psicólogos se ocuparon sobre todo de tratar de servir como testigos expertos y, en las décadas de los años setenta y ochenta, como consultores en asuntos propios del comportamiento del jurado (Loh, 1984).

En la actualidad, como se señaló al principio, la psicología forense ha llegado al punto en que hay especialistas en investigación psicolegal, los programas de enseñanza interdisciplinaria son un lugar común y se publican numerosos libros de la especialidad. Entre las muchas revistas en esta área se incluyen *Law and Human Behavior, Criminal Justice Journal, Law and Psychology Review, Criminal Justice and Behavior, Behavioral Sciences and the Law, American Journal of Forensic Psychology* y *Psychology, Public Policy, and Law.*

Problemas profesionales

Durante algunos años, muchos se preocuparon de que los psicólogos forenses carecieran de posición y reconocimiento a los ojos de sus colegas de otras especialidades (por ejemplo, Kurke, 1980). El establecimiento del Consejo Estadounidense de Psicología Forense (American Board of Forensic Psychology) en 1978, para ayudar al público a identificar a los profesionales calificados y promover esta disciplina, ha servido para aplacar algunas de estas preocupaciones. No obstante, los asuntos profesionales como la certificación y la expedición de licencias han sido problemas de importancia para la psicología forense desde hace mucho tiempo.

Enseñanza. Hace algunos años, Poythress (1979) observó que la enseñanza forense debería familiarizar a los estudiantes con las pruebas y conceptos legales, la evaluación adecuada, el conocimiento de la literatura pertinente y una orientación hacia la sala del tribunal. Para lograr estas metas, recomendó que a los estudiantes interesados en psicología forense se les solicitara cursar un estudio introductorio del ramo, seminarios temáticos en psicología forense y práctica de campo en un escenario forense. Además de tener una buena capacitación en psicología clínica de manera más general, los psicólogos clínicos que se especializan en psicología forense deben obtener pericia en leyes, de modo que su testimonio, consulta e investigación estén bien informados. De manera creciente, los departamentos académicos están ofreciendo cursos forenses. Un folleto de 1994 de la División 41 de la Asociación Psicológica Estadounidense (Sociedad Estadounidense de Psicología y Leyes) identificaba seis universidades que ofrecían programas de titulación conjunta (J. D. y Ph. D o Psy. D.) en psicología y derecho; cuatro universidades que ofrecían programas de doctorado (Ph. D.) con especialización en las áreas de psicología y leyes, justicia penal y correccionales, y tres programas que ofrecían doctorados en psicología forense. Además, están disponibles varios programas de maestría con énfasis en psicología forense, así como hay oportunidades de capacitación de posgrado. Cada año, el número y los tipos de programas continúan creciendo. El sitio web 19-2 al final de este capítulo presenta la información más actualizada acerca de las oportunidades de capacitación.

Ética y normas. Todos los principios éticos y los lineamientos que se exploraron en capítulos anteriores también son válidos aquí. Además, se ha recomendado que el científico forense siga el código de la Academia Estadounidense de Ciencias Forenses (American Academy of Forensic Sciences; Blau, 1998). Este código hace hincapié en 1) integridad y precisión al afirmar las calificaciones profesionales de uno, 2) exactitud técnica y científica y honestidad en los informes y testimonios y 3) imparcialidad. Como un recurso adicional, la División 41 de la APA (la Sociedad Estadounidense de Psicología y Leyes) ha desarrollado un conjunto de *Directrices de la especialidad para psicólogos forenses* (*Specialty Guidelines for Forensic Psychologists*; Committee on Ethical Guidelines for Forensic Psychologists, 1991) con base en los *Principios éticos de los psicólogos* (*Ethical Principles of Psychologists*) de la APA, en lo que se aplicaban a la práctica de la psicología forense

TABLA 19-2 Estándares para arreglos financieros aplicables al testigo experto

1. El psicólogo nunca debe aceptar honorarios que dependan del resultado de un caso.
2. La estructura de los honorarios y los detalles del reembolso se deben fijar entre el psicólogo y el abogado contratado durante la consulta inicial. El entendimiento debe ser por escrito entre ambas partes.
3. Todos los honorarios extraordinarios deben pagarse antes que el psicólogo testifique.
4. Los malos entendidos o desacuerdos acerca de los honorarios deben resolverse antes de proceder en el caso.
5. Los psicólogos que funjan con frecuencia como testigos expertos deben dedicar una parte de su tiempo profesional a los casos *pro bono publico** (en beneficio público).

*Casos sin compensación con el propósito de promover una causa social o representar a alguien que de otro modo no podría pagar.
Fuente: Blau (1998), p. 402.

(véase el sitio web 19-4). Aun así, como expondremos más adelante en este capítulo, pueden ser formidables los problemas éticos encontrados por los psicólogos forenses en el sistema legal antagónico (Wrightsman y cols., 1998). Por último, Blau (1998) ha propuesto varios lineamientos muy explícitos para las actividades de testigo experto de los psicólogos. Incluyen asuntos de calidad en el trabajo, competencia, decoro y aspectos financieros. Las normas de Blau para los arreglos financieros se presentan en la tabla 19-2.

Los problemas de ética y normas tendrán un enorme peso en cualquier campo profesional que dé cabida a tantos conflictos de funciones, prejuicios, distorsiones y subjetividad. La psicología forense es tan sólo uno de estos campos.

Algunas actividades importantes de los psicólogos forenses

El crecimiento de la psicología forense ha impulsado a los psicólogos hacia muchas funciones. Nos concentraremos en ocho de esas funciones, empezando con la del psicólogo forense como testigo experto.

Testigo experto

Consideremos el siguiente escenario:

> La señorita Ferris, empleada de la Diego Pan Company, se encontraba trabajando en su escritorio el 28 de abril de 1999. Su supervisor, un tal señor Smith, se detuvo cerca de su escritorio. Él ya había hecho varias veces bromas obscenas en presencia de ella, haciendo comentarios sobre sus atributos físicos y preguntándole acerca de sus citas fuera de la oficina. Ese día le hizo proposiciones explícitas y le dejó en claro que si deseaba progresar en la compañía, y de hecho conservar su empleo, sería mejor que aceptara tener relaciones sexuales con él. Ella se negó. Dos semanas después, fue despedida. Más tarde, ella presentó cargos por hostigamiento sexual contra el señor Smith e incluso alegó daños por sufrimiento emocional.
>
> El doctor Miller, un psicólogo clínico, fue contratado por el abogado de la señorita Ferris. Realizó entrevistas extensas con la señorita Ferris y con varios de sus compañeros de trabajo. También aplicó varias pruebas. El señor Wright, un compañero de trabajo, había escuchado por casualidad la conversación del 28 de abril entre la señorita Ferris y su supervisor, y también había observado con anterioridad parte del hostigamiento sexual que ella alegaba.

Durante el juicio, el señor Wright fungió como testigo, dio testimonio de los hechos a partir de sus observaciones. El doctor Miller dio testimonio de sus opiniones e inferencias sobre el daño emocional, las cuales estaban dentro de la esfera de acción de su capacitación y experiencia. Esto ilustra la dife-

rencia básica entre un testigo lego y un *testigo experto*. El primero sólo puede dar testimonio acerca de acontecimientos que haya presenciado. El segundo puede ofrecer opiniones e inferencias. Esto va más allá de sólo enunciar una conclusión. El testigo experto debe ayudar al tribunal a entender y evaluar las pruebas o a determinar un hecho en discusión (Gutheil, 1998).

Calificaciones. Un testigo experto es cualquiera que pueda proveer información que, por su posición única en relación con alguna ciencia, profesión, enseñanza o experiencia, es poco probable que sea del conocimiento del jurado promedio (Blau, 1998; Wrightsman y cols., 1998). De inicio, el tribunal decidirá si el testigo experto puede manifestar su posición de experto. Con frecuencia, en el caso de los médicos, psicólogos o psiquiatras se toma su título como prueba de competencia; pero si el abogado de la contraparte objeta la manifestación del testigo de ser un experto, suelen presentarse más pruebas respecto de la competencia. A final de cuentas, la decisión depende del juez (Blau, 1998). En general, las bases de la experiencia psicológica clínica incluyen 1) educación, enseñanza formal y aprendizaje posterior; 2) experiencia pertinente, que incluye los cargos ocupados; 3) investigación y publicaciones; 4) conocimiento y aplicación de principios científicos, y 5) utilización de pruebas y mediciones especiales (Maloney, 1985). Lo que se acepta como prueba variará de una jurisdicción a otra.

En 1993, una decisión de la Suprema Corte de Estados Unidos, en el caso de *Daubert vs. Merrel Dow*, estableció lo que muchos pensaron que sería una norma más liberal para la admisión de pruebas proporcionadas por un experto. Enunciada de manera breve, la norma fue cambiada de "aceptación general" en la comunidad científica relevante (la norma del caso *Frye vs. U.S.*, de 1923) por una de "relevancia y validez" determinada por el juez del proceso. En otras palabras, la carga para determinar qué prueba experta admitir recae ahora sobre el juez (Bartol y Bartol, 1994). Aunque se intentaba que esta nueva norma fuera más liberal y flexible, en muchos casos *Daubert* ha dado por resultado criterios más restrictivos para la admisión de testimonio experto. Los jueces han utilizado dicha decisión para excluir varios tipos de evidencia de la ciencia social al calificarlos como "no suficientemente científicos", aunque hubieran sido admisibles bajo la decisión *Frye*. El campo de la psicología forense continúa debatiendo si *Daubert* promueve la ciencia en el testimonio experto, confunde a jueces y jurados o abre la puerta para teorías y hallazgos dudosos (Hess, 1999.)

Dada la reglamentación *Daubert*, Rotgers y Barrett (1996) han ofrecido los siguientes lineamientos para ayudar a los psicólogos clínicos que testifican como testigos expertos:

- Emplear instrumentos teórica y psicométricamente adecuados para recabar información.
- Sacar conclusiones utilizando posturas teóricas validadas de manera científica.
- Sopesar y calificar el testimonio sobre la base de lo adecuado de la teoría y la investigación empírica para la cuestión que se ha abordado.
- Estar preparados para defender la categoría científica de sus métodos de recopilación de datos durante el proceso en que se les califica como testigo experto.

Rotgers y Barrett (1996) alientan a los testigos expertos a admitir sin demora ante la corte las limitaciones del conocimiento científico en cualquier área sobre la que se les pida testificar.

Temas para el testimonio experto. Ya hemos visto en la tabla 19-1 cuán amplia es la gama de temas adecuados para el testimonio experto. Esta lista no es exhaustiva de ninguna manera y existen otras áreas para la opinión psicológica experta (Wrightsmany cols., 1998). Sin embargo, a los expertos no les está permitido emitir opiniones que sean prerrogativa legal del jurado. Por tanto, un experto puede rendir testimonio acerca de la forma en que el abuso en la infancia temprana podría predisponer a la víctima para que más adelante sea agresiva hacia otros, pero depende del jurado decidir si eso es verdad en un caso en particular. Por consiguiente, a los testigos expertos se les impide emitir testimonio que se constituya en la "opinión final" (Wrightsman y cols., 1998).

Testimonio. Sin importar el tema, testificar en la corte puede ser una experiencia abrumadora para el testigo experto. Resulta común angustiarse y dudar de sí mismo conforme el experto es tironeado por los abogados de ambos lados del problema. Así

como el neuropsicólogo rara vez tiene casos sencillos para diagnosticar, el experto conductual en el tribunal rara vez rinde testimonio sobre asuntos sencillos. La publicidad, el sensacionalismo y el proceso legal antagónico son acompañantes no calculados para facilitar la vida del testigo experto.

Un preludio importante para testificar es la preparación previa al juicio, la cual, en ocasiones, representa muchas horas de estudio, entrevistas, pruebas y conferencias, según el caso. Puede solicitarse al experto que testifique tanto por parte de la corte como por el abogado del acusado o del demandante.

Interrogatorio para comprobar lo declarado con anterioridad. Consideremos dos ejemplos que ilustran muy bien cómo puede ser un interrogatorio realizado para comprobar lo declarado con anterioridad (Schwitzgebel y Schwitzgebel, 1980, p. 243):

> "Buenos días, doctor. Veo que está aquí para declarar en favor de un acusado de homicidio (o 'sus colegas psicólogos') otra vez. ¿Cómo está el día de hoy?"

> "Doctor, ¿le pagaron para que llevara a cabo su examen? [Sí.] ¿Cuánto? [200 dólares por hora.] ¿Cuántas horas invirtió en total? [20 horas.] Eso da un total de 4 000 dólares, ¿no es así, doctor? [Sí.] Y, en su opinión, ¿el paciente estaba demente la noche del 26 de enero de 1975? [Sí.] Eso es todo, doctor."

Otras preguntas igual de provocativas que se han formulado a los psicólogos que sirven como testigos expertos incluyen las siguientes:

> "¿Acaso no es verdad que la mayor parte de sus experimentos los realiza con ratas?"

> "Usted no es un auténtico doctor, ¿verdad?"

> "Usted no puede explicar lo que está ocurriendo aquí, ¿o sí? (El abogado adversario le apunta a la cabeza con su dedo.)"

Varios autores (por ejemplo, Blau, 1998; Brodsky, 1991; Schwitzgebel y Schwitzgebel, 1980) nos dan numerosos consejos acerca de cómo deberían comportarse los testigos expertos en el tribunal, incluyendo hasta la manera de vestirse. Schwitzgebel y Schwitzgebel (1980) resumen sus estrategias recomendadas para afrontar el interrogatorio para comprobar lo declarado con anterioridad de la siguiente manera:

Esté preparado.

Sea honesto.

Reconozca sus puntos débiles.

Hable en términos que sean significativos de manera personal.

Escuche con cuidado cada palabra de las preguntas.

Tómese tiempo para pensar.

Casos penales

Durante generaciones, la sociedad ha tratado de resolver las preguntas acerca de cuál es la mejor manera de tratar con personas que han cometido actos criminales pero que estaban tan perturbadas en el momento del crimen que resulta discutible determinar si fueron responsables. También son difíciles las decisiones acerca de si una persona acusada es competente para entender los procedimientos del juicio y, de esta manera, cooperar en su defensa.

Alegato de locura. Si se juzga que el acusado estaba en sus cabales en el momento del supuesto crimen, la condena implica prisión, multas o libertad condicional. Sin embargo, si se condena al individuo que se juzga invadido por la locura en el momento del supuesto crimen, se considerará no responsable y, en consecuencia, será retenido para tratamiento en vez de ser castigado. No obstante, a pesar de los conceptos populares que indican lo contrario, el *alegato de locura* rara vez funciona (Wrightsman y cols., 1998). El acusado suele ser considerado responsable. Por tanto, un alegato de locura coloca la carga de su prueba sobre el acusado. En la mayor parte de los estados de la Unión Americana y en el Distrito de Columbia, la *carga de la prueba* corresponde a la defensa; el acusado debe demostrar que estaba fuera de sus cabales en el momento del crimen (Ogloff, 1991). Debe hacerse notar que la locura es un término legal y no médico, psiquiátrico ni psicológico. El sistema legal asume que la gente hace elecciones premeditadas y racionales. Por consiguiente, comportarse de forma irracional es evidencia de locura. Pero la mayoría de los psicólogos no estaría de acuerdo en que todo el comportamiento normal es elegido de manera racional. La opinión determinista de la ciencia crea problemas para una noción tan sencilla.

Entonces, ¿cómo se decide que el acusado estaba demente? Aunque las normas varían de un estado a

otro de la Unión Americana, suele prevalecer una de tres normas. La más antigua es la *regla M'Naghten*, promulgada en Inglaterra en 1843. Afirma que una defensa exitosa por locura debe demostrar que la persona cometió el acto ilegal mientras "era víctima de tal defecto de la razón, por una enfermedad de la mente, como para no saber la naturaleza y la calidad del acto que él [sic] estaba cometiendo; o, si las conocía, que no sabía que estaba haciendo mal".

La segunda norma es la idea de un "impulso irresistible". Según esta prueba, aunque la persona podría haber conocido las ramificaciones morales o legales del acto, le resultaba imposible resistirse al impulso: éste era irresistible (Schwitzgebel y Schwitzgebel, 1980). La tercera norma es que el acusado no es responsable por un acto criminal si fue el resultado de una enfermedad mental o un defecto tal que carecía de la capacidad sustancial para apreciar la criminalidad del acto o para apegarse a la ley. Ésta es la denominada *norma ALI* del American Law Institute (Instituto Legal Estadounidense). La norma ALI se considera la más liberal o expansiva, en el sentido de que la responsabilidad criminal puede excusarse si la enfermedad mental ocasiona una carencia de capacidad sustancial para entender lo que uno está haciendo (deficiencia cognoscitiva) *o* una incapacidad para controlar el comportamiento de uno (deficiencia de la voluntad) (Ogloff, 1991).

El famoso caso *Hinckley* (intento de asesinato del presidente Reagan) cambió el escenario judicial en Estados Unidos. Su primer impacto fue alentar el regreso a la regla M'Naghten en que los factores cognoscitivos son más importantes que los volitivos. Su segundo impacto se ve en el fallo de la Suprema Corte de que es constitucional confinar de manera automática e indefinida a alguien que es exonerado de un crimen como resultado de un alegato de locura (Simon y Aaronson, 1988). Tercero, se introdujo el veredicto "culpable pero mentalmente enfermo" en los estatutos de defensa de varios estados de la Unión Americana, así como en los del gobierno federal. Por último, más estados comenzaron a poner la carga de demostrar la locura del acusado sobre la defensa antes que requerir a la parte acusadora que compruebe la cordura del acusado (Ogloff, 1991).

A fin de conducir una evaluación de la locura criminal, el psicólogo debe plantear tres preguntas: 1) ¿la persona tiene un trastorno o defecto mental?; 2) ¿cuál es su estado mental actual?, y 3) ¿cuál era su estado mental en el momento del supuesto crimen? (Maloney, 1985). Durante el proceso, el psicólogo evaluará muchos factores, entre ellos el historial del acusado y el de su familia, el estado intelectual, los factores neuropsicológicos, la competencia para someterse a juicio, habilidades de lectura, personalidad y medidas de simulación o fingimiento de enfermedad (Blau, 1998).

Competencia para someterse a juicio. Para esta cuestión, el asunto es el estado mental del acusado al momento del juicio y no cuando fue cometida la supuesta falta. Un acusado pudo estar en condición de locura cuando cometió el crimen, pero más adelante ser competente para someterse a juicio. También es posible lo contrario. De hecho, cuestiones de *competencia para someterse a juicio* se plantean con mayor frecuencia que la defensa de locura. Al responder preguntas acerca de la competencia, suelen anteponerse tres problemas básicos (Maloney, 1985): 1) ¿El sujeto puede apreciar la naturaleza de los cargos e informar con objetividad acerca de su comportamiento en el momento del supuesto crimen? 2) ¿Puede cooperar de manera razonable con el abogado? 3) ¿Puede apreciar los procedimientos del tribunal? En la mayor parte de los casos, los factores de evaluación comentados en el párrafo anterior se aplicarán también aquí.

Casos civiles

Un gran número de problemas civiles exige la atención de los psicólogos forenses. Éstos comprenden toda la gama: desde litigios por marcas registradas hasta demandas de acción de clase. Dos áreas que son de especial importancia para los psicólogos clínicos son: 1) reclusión y alta de instituciones de salud mental, y 2) problemas domésticos como disputas por la custodia de los hijos. Nos concentraremos en estas áreas como ejemplos de actividad en la rama civil.

Reclusión en instituciones de salud mental. Imaginemos la siguiente escena. No hace mucho tiempo, un hombre desaliñado, casi de cuarenta años, entró en un restaurante y comenzó a arengar a los clientes que se acercaban a la caja a pagar sus cuen-

PERFIL 19-1

Lawrence S. Wrightsman, Jr., Ph. D.



El doctor Lawrence Wrightsman es profesor de psicología social en la Universidad de Kansas, especializado en psicología forense. Es autor o coautor de 40 libros y de más de 70 artículos y capítulos de libros. Además de ser el autor de uno de los principales libros de texto en psicología forense, mantiene activo un programa de investigación que se centra en la toma de decisiones judiciales, la comparación entre los veredictos del juez y del jurado e interrogatorios de la policía y reacciones del jurado ante las confesiones. El doctor Wrightsman ha recibido muchos reconocimientos y honores, incluyendo el Premio a una Carrera Distinguida en 1998 por parte de la Sociedad Estadounidense de Psicología y Leyes (División 41 de la Asociación Psicológica Estadounidense).

El doctor Wrightsman respondió a varias preguntas que le planteamos con respecto a sus antecedentes y a su evaluación del campo de la psicología forense.

¿Por qué se interesó en un principio en el campo de la psicología forense?

Recibí enseñanza como psicólogo social y, hacia mediados de los setenta, comencé a hacer investigación sobre temas de psicología y leyes (como varios psicólogos sociales lo hicieron por aquel entonces). Siempre me he interesado por los juicios en la sala del tribunal y los juicios con jurado: dos versiones de la verdad que siempre se describen con fervor y, por lo general, con sinceridad, pero de las cuales sólo una puede ser verdadera.

Desde los inicios de los ochenta y hasta la fecha he impartido cursos de psicología y leyes, comportamiento del jurado, toma de decisiones judiciales y temas similares. Hace unos cinco años, me percaté de que los estudiantes universitarios iban cada vez más a mi oficina porque querían ser "psicólogos forenses". Este término apenas comenzaba a surgir en la conciencia pública, sobre todo como resultado de la película *El silencio de los inocentes*. De pronto, los jóvenes querían ser quienes elaboraran el perfil de los criminales, como hacía Jodie Foster en la película.

tas. Hablaba de manera incoherente, pero era posible distinguir las obscenidades y las alusiones a Dios que sazonaban sus comentarios. Así prosiguió durante unos cinco minutos, hasta que el gerente apareció y sin mediar palabra lo escoltó hasta la puerta. Una vez afuera continuó su perorata a la vez que daba unos pasos hacia atrás y hacia adelante de la puerta. El hombre molestaba de manera repetida a los clientes y trataba de hacerlos que lo escucharan. Por fin, el gerente llamó a la policía. Después de un breve interrogatorio, lo "ayudaron" a subir a la patrulla y más tarde lo dejaron en el pabellón de urgencias del hospital psiquiátrico local.

Ésta y otras escenas relacionadas se repiten miles de veces, día tras día, en todo Estados Unidos. Después de un análisis (en ocasiones más bien superficial), el individuo puede ser detenido contra su voluntad durante horas o días, dependiendo de las leyes estatales. Pero en unos cuantos estados, incluso las detenciones de urgencia requieren consentimiento judicial.

La hospitalización en contra de la voluntad del individuo se llama *internamiento involuntario*. Algunos autores, como Szasz (1970), han sostenido de manera tenaz que la hospitalización involuntaria es una facultad peligrosa y con frecuencia mal emplea-

Así que en ese momento comencé a explorar qué era la "psicología forense". Empecé a impartir un curso de posgrado sobre el tema (el cual matricula a 40 o 50 estudiantes cada vez que se abre). El término sigue siendo vago y polémico; prefiero pensar en la psicología forense como cualquier aplicación de los conceptos o hallazgos psicológicos al sistema legal, pero otros quieren restringirlo a las actividades del profesional o del clínico. En la actualidad estoy terminando un texto sobre psicología forense (para Brooks/Cole-Wadsworth), que será el primero en su género. Así que supongo que soy un "psicólogo forense", aunque no soy psicólogo clínico y por ello no soy elegible para un ABEPP o una posición de socio similar.

Describa en qué actividades participa como psicólogo forense.

Además de la enseñanza, en ocasiones participo en consultas para juicios. Por ejemplo, realizo encuestas de cambio de tribunal en un juicio cuando un acusado criminal afirma que la publicidad previa al mismo en el área local significa que no puede tener allí un juicio justo. También funjo como testigo experto, en especial acerca de la exactitud de la identificación por parte del testigo o de la validez de las confesiones. (Temas que creo que reflejan la "psicología forense", aunque la base para el testimonio provenga de la psicología experimental y no de la psicología clínica.)

¿Cuáles son sus áreas particulares de experiencia o interés?

Como lo indiqué, cualquier tema que tenga que ver con la aplicación de la psicología en la sala del tribunal. Hace poco analicé varios informes para la Suprema Corte como invitado por la Asociación Psicológica Estadounidense.

¿Cuáles son algunas tendencias futuras que ve en la psicología forense?

En la actualidad, hay más demanda de estudiantes que programas. Menos de diez escuelas ofrecen un programa que se denomine con claridad psicología forense y algunos son demasiado nuevos como para ser reconocidos por la APA. Una universidad profesional libre ahora ofrece tal programa y yo espero que otras la sigan.

El problema sigue: ¿la psicología forense debería buscar la categoría de especialidad en la APA, como lo han hecho la psicología clínica, escolar y de consejería? De hacerlo, ¿debería basarse sólo en profesionales clínicos o hay espacio para el psicólogo experimental que sirve como testigo experto o como consultor de estudio? Justo ahora, el campo se está abriendo paso en este asunto.

da que ha sido ejercida reiteradamente por psiquiatras y otros para mantener el control sobre quienes no se ajustan a ciertos dictados sociales. La extensión permisible del internamiento involuntario suele variar entre un día y tres semanas, más o menos, según la jurisdicción. Después de ese tiempo, debe llevarse a cabo una audiencia para decidir si la detención debe continuar.

En un *internamiento voluntario*, el individuo está de acuerdo en ser recluido y puede salir en cualquier momento. Algunos hospitales piden a los pacientes que firmen un formato en que afirman que su salida es "en contra del consejo médico". Otros les exigen que indiquen su intención de salir con varios días de anticipación. Esto permite al hospital iniciar los procedimientos de internamiento si se considera que el paciente es peligroso para sí mismo o para otros o que está tan perturbado como para no ser responsable. Debería advertirse que la admisión "voluntaria" con frecuencia no es tan voluntaria como podría parecerlo a primera vista. Con gran frecuencia hay una fuerte presión por parte de parientes, amigos, la policía, autoridades judiciales o personal de salud mental.

Para que el tribunal interne a alguien, debe llevarse a cabo una audiencia a fin de establecer si el afec-

tado satisface los criterios establecidos por la ley y si el tratamiento será útil. Con mayor frecuencia estos criterios se refieren a una persona que 1) es peligrosa para sí misma o para otros, 2) está muy perturbada o incapacitada para tomar decisiones responsables acerca de su cuidado y hospitalización o 3) requiere tratamiento o cuidado en un hospital. Un criterio adicional es que no se dispone ni resulta factible alguna opción menos restrictiva (que no sea la hospitalización). Pero, sobre todo, debe haberse determinado que la persona es un enfermo mental.

Literalmente cualquiera puede solicitar al tribunal que se realice el examen de alguien que considere que requiere internamiento. Por lo general, la familia, los amigos o, en ocasiones, la policía o funcionarios de la beneficencia actúan como solicitantes. Si el tribunal está de acuerdo, se libra una orden y se requiere que la persona se someta a un examen por un profesional. Tal examen deberá basarse en observaciones personales del individuo por parte de profesionales, y no sólo en lo que otros hayan informado. Los asuntos comunes que se toman en cuenta son la apariencia general, claridad de pensamiento, presencia de delirios o alucinaciones, cuán bien comprende el paciente los malestares, el uso de drogas o alcohol por parte de la persona, condición de empleo, inteligencia, antecedentes de problemas mentales o criminales y factores de parentesco (Schwitzgebel y Schwitzgebel, 1980).

Problemas domésticos. En estos días, muchos problemas domésticos requieren intervención de los tribunales. Custodia infantil, aptitud paterna, derechos de visita, abuso contra niños, mala conducta juvenil y adopción son sólo unos pocos de estos problemas. A manera de ejemplo, expondremos el problema de la custodia infantil.

Debido a que el divorcio se ha convertido en algo muy generalizado en nuestra sociedad durante los años recientes, es natural que los problemas de custodia infantil hayan proliferado también. El hecho de que las funciones y normas matrimoniales hayan cambiado también complica los asuntos. Cada vez más, los padres han adoptado las responsabilidades del cuidado infantil y las madres ahora trabajan con más frecuencia fuera del hogar. Éstos y otros factores tornan más complicados que antes los asuntos relativos a la custodia.

En la actualidad, la doctrina de "los mejores intereses del niño" siempre tiene prioridad en las disputas por la custodia. Para articular mejor y de manera exacta las normas que están implicadas aquí, la Ley de Custodia Infantil de Michigan de 1970 estableció los siguientes factores que dependen de los tribunales en lo que respecta a la toma de decisiones relacionadas con la custodia:

1. El amor, el afecto y otros vínculos emocionales que existan entre los padres en disputa y el niño.
2. La capacidad y disposición de los padres en disputa para brindar al niño amor, afecto y orientación, y continuidad en la educación y la crianza en su religión o credo, si profesare alguno.
3. La capacidad y disposición de los padres en disputa para proveer al niño de alimentos, vestido, cuidados médicos u otros cuidados de salud reconocidos y permitidos por las leyes de este estado en lugar de cuidados médicos u otras necesidades materiales.
4. La extensión del tiempo que el niño ha vivido en un entorno satisfactorio estable y la conveniencia de mantener la continuidad.
5. La permanencia, como unidad familiar, del hogar de custodia actual o propuesto.
6. La aptitud moral de las partes en disputa.
7. El expediente del hogar, la escuela y la comunidad del niño.
8. La salud mental y física de las partes en disputa.
9. La preferencia razonable del niño, en caso de que el tribunal considere que éste tiene edad suficiente para manifestar su preferencia.
10. Cualquier otro factor considerado pertinente por el tribunal para una disputa de custodia infantil en particular.

Aunque hace 150 años los hijos de padres divorciados eran asignados al padre y hace 50 años casi siempre a la madre, esas decisiones reflejas ya no se mantienen en la actualidad. La norma del presente es *custodia conjunta*, la cual descansa en la creencia de que los niños deberían conservar los vínculos con ambos progenitores. De hecho, en Estados Unidos y otros países muchos divorcios culminan en decisiones informales de custodia conjunta por parte de la pareja divorciada; nunca se da una reglamentación formal por parte del tribunal. Cuando éste libra una orden de custodia conjunta, quizá sig-

nifica que ha surgido alguna clase de disputa entre las partes en conflicto. En el análisis final, sin embargo, la única manera en que la custodia conjunta puede funcionar en verdad es cuando los padres en disputa hacen a un lado su mutua aversión y enfado y actúan de forma concertada y con sensibilidad para los mejores intereses del niño.

Ahora bien, es posible que la custodia conjunta no siempre represente el mejor interés del niño; esto es, podría contraindicarse en situaciones en que los padres tienen una relación conflictiva y muy cargada de emociones (Wrightsman y cols., 1998). En estos casos puede concederse la custodia legal a uno de ellos, mientras que al otro se le conceden derechos de visita (Wrightsman y cols., 1998).

Al realizar una evaluación de custodia infantil, el psicólogo debe recordar que el elemento crítico es un sistema de relaciones pasadas, presentes y futuras entre el padre, la madre, los niños y, en ocasiones, otros parientes. Maloney (1985) ha expuesto los problemas tanto de procedimiento como de contenido que son pertinentes para el psicólogo en la preparación de informes sobre la evaluación de familias que enfrentan problemas de custodia. También elaboró una lista de algunas preguntas básicas en las disputas de custodia infantil que deben abordarse en los reportes:

1. ¿Alguna de las partes principales del juicio de custodia infantil padece de enfermedad mental? ¿Cómo se manifiesta tal enfermedad desde el punto de vista de daño o afectación a los derechos de otros? ¿Puede definirse la enfermedad mental desde el punto de vista interpersonal o de relación?
2. Si existe una enfermedad mental, ¿es de tal clase que pondría en riesgo la salud, el bienestar y la seguridad de los niños?
3. Si hay tal enfermedad y pone en peligro a los niños o al cónyuge, ¿puede tratarse o remediarse mediante medicamentos u otras formas de tratamiento psicológico o psiquiátrico?
4. Sin considerar si la enfermedad es tratable o remediable, ¿es de tal gravedad que haría del otro cónyuge un mejor custodio?
5. Si ambos padres padecen enfermedad mental, ¿cuál estaría mejor calificado para vérselas con los niños? ¿Sería más adecuado alejarlos de ambos padres?
6. ¿Qué efecto podría tener la enfermedad mental sobre el derecho de los niños para visitar a sus padres enfermos mentales? ¿Qué efecto tendría sobre los niños privarlos de visitar a los padres?
7. ¿Existen maneras en que el examinador pueda sugerir controlar la visita o negarla si tales recomendaciones son pertinentes?
8. Si el niño fuera a ser ubicado con un padre con tendencias promiscuas homosexuales o heterosexuales, ¿cómo se vería afectado el niño? (El juez continuará explicando detalladamente otras preguntas específicas relacionadas con el problema de ubicar niños con padres que tienen problemas sexuales.)
9. ¿Quién puede satisfacer mejor las necesidades emocionales de los niños? ¿Cuál es la base para este juicio? ¿Cuál es la alternativa menos perjudicial para este juicio y qué bases pueden citarse para ello?
10. ¿Recomienda el consejo familiar?*

Las preguntas anteriores se basaron en un caso, pero tienen repercusiones relativamente generales.

El propósito final de los factores y preguntas previos es identificar una situación en la cual se atiendan los mejores intereses del niño. Otros problemas concretos, como los cambios en los arreglos de custodia establecidos con anterioridad o los derechos de visita, siguen el mismo principio esencial.

Derechos de los pacientes

Los derechos de los pacientes con trastornos mentales que estén hospitalizados, se han puesto bajo un creciente escrutinio judicial. Oímos hablar del "consumidor hospitalizado" (Ladkin y Levine, 1976), argumentos sobre la necesidad de consejos de consulta para el paciente mental (J. K. Morrison, 1976) e incluso de una propuesta de ley de derechos de los clientes (Noll, 1974).

Desde el inicio de los años setenta, los tribunales han sostenido que los pacientes hospitalizados

---

*Reimpreso con autorización de The Free Press, una división de Macmillan, Inc., de *A Clinician's Guide to Forensic Psychological Assessment*, de Michael P. Maloney. Derechos reservados © 1985 por The Free Press.

en contra de su voluntad tienen el derecho constitucional a un tratamiento individualizado que les ofrezca una oportunidad realista de "curación", o al menos de mejora (Schwitzgebel y Schwitzgebel, 1980). Los tribunales han estado menos atentos a los derechos de los pacientes voluntarios debido a que se supone que pueden abandonar el hospital si así lo decidieran.

Las normas y los derechos adicionales abarcan el ambiente físico (salones de día, baños, comedores y detalles similares), el atuendo y las actividades personales (oportunidades para el ejercicio físico, oportunidades regulares para estar al aire libre o actividades sociales). Además, el trabajo en contra de la voluntad está prohibido, y cuando el trabajo se emprende de manera voluntaria deben pagarse salarios adecuados. Aunque muchos estados de la Unión Americana reconocen los derechos de los pacientes a tener correspondencia y visitas, el personal de las instituciones a menudo aplica un control excesivo de las visitas (excepto por lo que respecta a abogados, médicos o clérigos). Por lo general, también los estatutos han hecho valer el derecho del paciente a la dignidad y a la privacidad. En la práctica, estos derechos tienden a estar sujetos a una interpretación y un arbitrio muy amplios. De hecho, como se indicó con anterioridad, los estatutos y las órdenes de los tribunales son una cosa, y su instrumentación real en la práctica es otra.

Un problema polémico y complejo es el derecho a rehusar el tratamiento o la medicación (Wrightsman y cols., 1998). La cuestión es sobre el consentimiento informado. No todo paciente hospitalizado en contra de su voluntad es incompetente mental y tales individuos tienen el derecho a decidir su destino. Pero, ¿qué ocurre con los pacientes que sí son incompetentes? ¿Cómo protege uno los derechos de los competentes a la vez que asegura que los incompetentes puedan experimentar los beneficios del tratamiento? Éstos son problemas complejos en verdad. En el recuadro 19-2 podemos ver que los problemas relacionados también ponen a prueba nuestro buen juicio en el caso de los presidiarios.

Predicción de la peligrosidad

Como vimos en el capítulo 3, el caso *Tarasoff* produjo una decisión de un tribunal de California en que los terapeutas tienen la obligación de proteger a las víctimas potenciales del comportamiento violento de sus pacientes. Más allá de eso, muchos estarían de acuerdo en que, por imperativos legales o morales, todos tenemos la obligación de proteger a los demás de aquellos que son considerados peligrosos. Pero, ¿con cuánta precisión pueden predecir los psicólogos —o quien sea— el comportamiento peligroso? La realidad es que para proteger en verdad contra los individuos peligrosos, tendríamos que pescar con una red muy grande: una red que haría caer a un gran número de individuos que jamás habrían cometido en verdad un acto violento. Después de todo, la incidencia de violencia en relación con la población total es muy baja: tan baja que para tener protección contra los auténticos peligrosos sería necesario confinar a muchos que no lo son (Rappaport, 1977). Pero, como lo establecieron Livermore, Malmquist y Meehl (1968): "Si en la legislación penal es preferible que diez hombres culpables anden libres antes de que sufra uno inocente, ¿cómo podemos decir en el área de internamiento civil que es preferible que 54 personas inofensivas sean encerradas por miedo de que un hombre peligroso esté libre?" (p. 84).

De acuerdo con Monahan (1976), se pronostican demasiados actos violentos en muchas ocasiones. Pero muchas personas parecen dispuestas a sacrificar a muchos para proteger a la sociedad de uno. Sin lugar a dudas, existen muchas razones por las que la gente tiende a ver el peligro donde no lo hay (Monahan, 1976). Pero, más que nada, es probable que el programa de televisión o el hecho noticioso que describe cómo un enfermo mental fue liberado sólo para que asesinara a alguien, abusara sexualmente de un niño o se comportara de alguna otra manera que condujera al público lego a preguntarse acerca de la competencia (y, con frecuencia, del sentido común) del psiquiatra o del psicólogo involucrados en la decisión de liberación. Todo esto lleva a la conclusión de que predecir la peligrosidad es muy, muy difícil. Aunque quizá sea verdad que todos tenemos el potencial de cometer actos peligrosos, dadas las condiciones adecuadas, subsiste el hecho de que, a menos que alguien se haya comportado con anterioridad de modo peligroso, la capacidad para predecir con precisión tal comportamiento es limitada en extremo (Shah, 1978).

A pesar de lo difíciles que resultan estas predicciones, la evaluación psicológica para este propósito puede constituir la mayor categoría singular de evaluación que el sistema de justicia penal solicita del clínico (Blau, 1998). Estas evaluaciones se utilizan para muchas decisiones, que van desde mantener

RECUADRO 19-2

Controversias legales recientes

Un caso reciente, *Perry vs. Louisiana* (1989), planteó la cuestión de si los funcionarios estatales pueden administrar psicotrópicos por la fuerza a un presidiario sentenciado a muerte a fin de que sea competente mentalmente para su ejecución. ¡Una cuestión macabra pero de la vida real!

¿Quién decidirá si se pueden administrar fármacos antipsicóticos a los presidiarios contra su voluntad? Esta cuestión se argumentó ante la Suprema Corte de Estados Unidos en el caso de *Washington vs. Harper* (1990). Harper era un ladrón convicto que al principio había aceptado la medicación. Más tarde, la rechazó. Un comité administrativo de la prisión concluyó que Harper era un enfermo mental peligroso y autorizó la medicación antipsicótica. Luego Harper presentó una demanda, la cual al final llegó a la Suprema Corte. Durante los argumentos orales, varios magistrados hicieron preguntas como las siguientes:

- ¿Es permisible medicar a un preso que se opone sólo para volver más seguro el ambiente de la prisión?
- Como alguien custodiado por el estado, ¿cómo puede suponerse que un criminal convicto es competente para tomar decisiones respecto de sus medicaciones?
- ¿Por qué un prisionero peligroso, aun cuando sea competente, no puede ser medicado contra su voluntad?
- Debido a que la competencia del preso puede fluctuar con el tiempo, ¿no se requeriría una revisión judicial frecuente para un recluso determinado? ¿Y dicha revisión frecuente no sería una carga onerosa para el tribunal?

A final de cuentas, la Suprema Corte falló que no se podía medicamentar a un prisionero enfermo mental sin su consentimiento, a menos que hubiera un consenso de la opinión profesional de que de lo contrario se vería comprometida la seguridad.

a un recluso sin fianza pasando por la concesión de una situación de salida para trabajar a los acusados hospitalizados y hasta invocar opciones de sentencia especial para los transgresores violentos (Shah, 1978). Como señalaron Wrightsman y colaboradores (1998), la investigación indica que es probable que los siguientes tipos de predicciones de comportamiento violento sean los más exactos:

1. Predicciones para el futuro cercano, de corto plazo.
2. Pronósticos para el mismo escenario o las mismas circunstancias sobre las cuales el clínico ya tiene información clínica.
3. Predicciones basadas en el conocimiento del clínico de la historia pasada de comportamiento violento del individuo.
4. Pronósticos para individuos de grupos con tasas bases de comportamiento violento relativamente altas.

Dadas las tremendas implicaciones para la política pública, por no decir nada sobre los valores humanos, se necesita mucha más investigación en esta vasta área de la psicología forense.

Tratamiento psicológico

En el caso de los reclusos, los derechos establecidos de manera legal para rehabilitación o tratamiento psicológico se hallan todavía en un estado de flujo (Schwitzgebel y Schwitzgebel, 1980). Tienen derecho a recibir tratamiento médico; y los reclusos juveniles, por lo general, a recibir tanto tratamiento médico como psicológico. Cuando se reconoce el derecho de los reclusos adultos a recibir tratamiento psicológico, la mayoría de las veces suele ser para individuos muy perturbados de la mente. Algunos expertos se muestran renuentes a promover los derechos de los reclusos a recibir tratamiento debido a que creen que en ocasiones el castigo y la privación se dan bajo la etiqueta de "tratamiento" o "modificación del comportamiento".

Ya hemos observado que las personas tienen derecho a rehusar el tratamiento, en especial en el caso de las formas muy intrusivas, como la psicocirugía o la terapia electroconvulsiva (TEC); pero este derecho es más evidente en casos en que la terapia puede considerarse castigo o manipulación. En tales casos, el estado debe mostrar un interés obligatorio que pasará por encima de la negativa del recluso. Debido a

las ambigüedades y al potencial para violaciones de los derechos humanos, muchas instituciones correccionales cuentan ahora con comités para proteger los derechos de los reclusos. Tales comités incluyen una mayoría de miembros que no están afiliados a la institución.

No obstante, existen implicaciones mayores del tratamiento forense. En los casos criminales, la terapia se puede centrar en restituir a una persona incompetente a un estado de competencia mental. O quizá la terapia se encargue de proveer apoyo emocional para alguien que se enfrenta al encarcelamiento. Para los criminales, con frecuencia el enfoque se centra en problemas de personalidad, conducta sexual y agresividad. En ocasiones, la terapia se lleva a cabo mientras la persona está recluida y en otras se realiza con pacientes externos como condición para la libertad condicional o probatoria. Las formas de terapia empleadas incluyen métodos tanto individuales como de grupo que abarcan todo: desde métodos de apoyo y orientados al insight hasta técnicas conductuales, de retroalimentación biológica y enfoques cognitivos. Uno de los principales problemas para el clínico forense es el conocimiento de que puede requerirse su testimonio en el tribunal más adelante. Lo que el tribunal quiere, lo que el abogado del cliente permitirá, lo que es mejor para el cliente y lo que el clínico ve como lo más deseable puede crear conflicto y acarrear muchos problemas. En los asuntos de custodia infantil, los problemas de tratamiento y los conflictos entre los padres y el niño pueden ser especialmente difíciles y profundos. Con frecuencia pueden conducir a auténticos dilemas profesionales. Por ejemplo, para ayudar mejor al niño los padres deberían someterse a terapia, pero a veces uno o ambos rehúsan hacerlo.

Consulta

Otra actividad común de los psicólogos forenses es la consulta. Desde luego, muchas de las actividades comentadas con anterioridad también incluyen alguna forma de consulta. En esta sección nos concentraremos en varios aspectos adicionales de ésta.

Selección del jurado. Un psicólogo consultor puede trabajar con los abogados en el proceso de *selección de jurados*. El término legal *voir dire* se emplea para referirse a esa parte del juicio en la cual se elige al jurado. Durante esta etapa, los abogados tienen la oportunidad de descubrir prejuicios en los jurados potenciales; obtener información sobre los *desafíos perentorios* (conjunto de desafíos asignados a cada parte del juicio para quitar jurados que se considere que tienen prejuicios contra una de las partes); congraciarse con los jurados, llevarlos a identificarse con una de las partes o adoctrinarlos de modo que sean receptivos a la presentación del caso de parte de uno de los abogados. Todo esto está diseñado para poner límites a un abogado. El psicólogo consultor trabajará con los abogados para ayudarlos en una variedad de formas a fin de lograr una selección mejor o rechazar al jurado. La tabla 19-3 resume los objetivos y técnicas de la consulta de jurado.

Seguimiento del jurado. Otra forma de consulta es el *seguimiento del jurado*. Aquí el consultor del jurado contrata a jurados análogos (es decir, individuos similares a los que están sirviendo en el jurado) y supervisa sus reacciones frente al testimonio real tal como se presenta en el juicio. De esta manera, el consultor y los abogados pueden anticipar las reacciones e impresiones de los jurados reales y preparar una mejor estrategia informada para la sala del tribunal.

Encuestas de opinión pública. Durante años, las encuestas de opinión pública se han utilizado de muchas maneras. En un litigio de marca registrada, por ejemplo, un abogado podría contratar a un consultor psicológico para determinar el reconocimiento del público del nombre o símbolo de alguna compañía. Una forma de hacerlo es por medio de una encuesta. En otros casos, una encuesta de opinión podría aplicarse a una muestra representativa de personas provenientes de la misma área geográfica en la cual se realizará el juicio, preguntando sus opiniones acerca de cierto caso y las tácticas del juicio planeadas por el abogado. En cierto sentido, esta encuesta permite al abogado del juicio probar de manera previa los problemas significativos del juicio y pulir el método propuesto para presentar la evidencia. Otro uso de las encuestas es determinar si podría solicitarse un cambio de tribunal (de lugar) para el juicio. Pueden producirse actitudes en la comunidad acerca del juicio, y en particular hacia el acusado, para ayudar a convencer al tribunal de cambiar el lugar y ayudar también en el proceso de selección del jurado (Nietzel y Dillehay, 1986).

TABLA 19-3 Metas y técnicas de la consulta sobre el jurado

Etapa de la consulta		*Metas*	*Técnicas*
Etapa I:	preparación *voir dire.*	Enterarse del caso.	Sostener sesiones de planeación con los abogados.
		Educar a los abogados acerca de las contribuciones que pueden hacer los consultores.	Revisar los medios masivos de comunicación, entrevistar al cliente, observar los procedimientos del tribunal.
		Elaborar instrumentos.	Si es necesario, elaborar cuestionarios para el jurado, cuestionarios de encuesta, simulaciones de juicio y entrevistas con informantes esenciales.
		Formular una teoría inicial para la selección del jurado.	Analizar los datos de lo anterior y proponer una teoría para la selección del jurado que esté integrada con la teoría del caso de los abogados.
Etapa II:	mejorar las condiciones *voir dire.*	Estructurar la *voir dire* de una manera que mejore las oportunidades para descubrir los prejuicios del jurado e identificar la parcialidad del jurado.	Proporcionar declaraciones juradas, testimonio experto sobre: cambio de sede, *voir dire* individual, aislado, conducido por el abogado; sistema de jurado de 12 miembros escogidos entre 48 candidatos frente a un sistema "conforme vayan llegando"; y desafío de la composición.
		Mejorar las habilidades de *voir dire* del abogado.	Preparaciones de temas de *voir dire* y capacitación de los abogados en técnicas de entrevista.
Etapa III:	rechazo de jurados.	Elaborar una teoría final para la selección del jurado.	Coordinar los datos previos al juicio con la observación en el tribunal de personas del panel de donde se seleccionará el jurado.
		Integrar un jurado con una disposición lo más favorable que sea posible hacia el cliente y la teoría del caso.	Elaborar un sistema de estimación a fin de identificar a los jurados para el desafío perentorio por la experiencia, inteligencia, sentimiento e influencia social del jurado.

Fuente: tomado de *Psychological Consultation in the Courtroom*, de M. T. Nietzel y R. C. Dillehay, p. 24. Derechos reservados © 1986 por Pergamon Press. Reimpreso con autorización.

Preparación del testigo. No sería ético para el consultor trabajar con un testigo en alguna forma diseñada a fin de fomentar cualquier alteración en los hechos del testimonio. Aunque la línea es muy delgada, la idea de la *preparación del testigo* es ayudarlos a presentar mejor su testimonio, sin cambiar los hechos hacia los que se dirige su testimonio. Dado que es un asunto muy delicado, algunos consultores no trabajarán con testigos durante procedimientos penales, sólo en casos civiles. Nietzel y Dillehay (1986) han expuesto muchos aspectos de la preparación del testigo, entre ellos la forma en que se presentan los hechos, las emociones asociadas por parte del testigo, la preparación para la experiencia total de ser testigo en la sala del tribunal, el interrogatorio para comprobar lo ya declarado, la apariencia y desafíos a la credibilidad del testigo por parte del abogado opositor.

Convencimiento del jurado. Por último, los consultores pueden ayudar con frecuencia a los abogados en la forma de presentar sus casos y evidencia (dentro de las restricciones permitidas por el sistema judicial) a los jurados. Pueden asistir a los abogados en la predicción de la forma en que responderán los jurados

ante ciertos tipos de evidencia o métodos de presentación, en especial en los argumentos de presentación y conclusión. En efecto, las creencias, sentimientos y comportamiento de los jurados son los objetivos aquí. Los consultores ayudan a los abogados a encontrar la mejor manera de presentar sus casos.

Investigación y psicología forense

En un sentido real, casi toda la investigación en psicología es pertinente para algún problema forense. Por ejemplo, la investigación sobre los componentes genéticos de la esquizofrenia puede resultar muy importante en una audiencia de competencia mental. La naturaleza del prejuicio o los elementos básicos del proceso persuasivo son tan aplicables al abogado como para el psicólogo social. La investigación sobre consumidores puede tener aplicación directa en la demanda de responsabilidad de un producto; y, de manera reciente, la investigación sobre las atribuciones y las relaciones interpersonales se ha aplicado a la legislación sobre registros y confiscaciones (Kagehiro, 1990). Sin embargo, diversas áreas de investigación se han identificado en particular con la psicología forense y hemos elegido mostrar dos de ellas.

Testimonio del testigo ocular. Nada puede ser tan dramático o dañino que un testigo que identifica al acusado de un crimen. Tal *testimonio del testigo ocular* ha sido un factor poderoso en la condena de incontables individuos durante años (Cutler y Penrod, 1995). Pero con demasiada frecuencia tales testimonios han condenado a inocentes al igual que a culpables (Loftus, 1979). La razón, para decirlo en términos simples, es que a menudo el testimonio del testigo no es confiable ni exacto. Un ejemplo de ello ocurrió en 1979, en Wilmington, Delaware. Un sacerdote católico fue llevado a juicio debido a que un ciudadano le dijo a la policía que el sacerdote se parecía mucho al retrato hablado de un ladrón que había hecho circular la policía. Después, siete testigos del delito identificaron al sacerdote como el ladrón. Sin embargo, el juicio fue suspendido cuando otro hombre confesó haber cometido el delito. ¿Qué había ocurrido con estos testigos? En apariencia, antes de mostrar fotografías de los sospechosos a los testigos, la policía había revelado de manera discreta que el ladrón podría ser un sacerdote. ¡Y la fotografía del sacerdote era la única que mostraba a un sujeto con alzacuello!

A lo largo de los años, Loftus y sus colegas han llevado a cabo varios experimentos que, juntos, muestran que la memoria del testigo puede distorsionarse con facilidad por información posterior. Por ejemplo, Loftus, Miller y Burns (1978) mostraron a varios sujetos una serie de diapositivas en color de un accidente automovilístico. A la mitad de los sujetos se les mostró una serie en la cual había una señal de alto; a la otra se le mostró una señal de bifurcación. Después, los sujetos respondieron algunas preguntas sobre las diapositivas. La pregunta crítica se refería a si había alguna señal en particular (de alto o bifurcación). Para la mitad de los sujetos, la señal sobre la que se les cuestionó concordaba con la que habían visto; para la otra mitad no era consistente. Aún más adelante, se les mostró 15 diapositivas y se les pidió que tomaran la que habían visto antes. Resultó interesante que los sujetos cuya respuesta fue consistente con la señal que habían visto eligieron la diapositiva correcta 75% de las veces, mientras que aquellos en el grupo inconsistente hicieron la elección correcta sólo 41% de las veces.

Resulta claro que las personas suelen hacer inferencias con base en sus expectativas. Asimismo, como señala Loftus (1979), el testigo de un accidente o de un crimen casi siempre es interrogado antes del juicio. Durante esas conversaciones, puede decirse con facilidad algo que altere los recuerdos del testigo. La función del psicólogo forense es ayudar a identificar las condiciones que podrían, en un caso específico, producir distorsiones en un testimonio genuino.

La experiencia nos ha enseñado que con demasiada frecuencia los testigos de un acontecimiento no pueden ponerse de acuerdo entre ellos. Difieren en sus descripciones acerca de la altura, el peso, el color de pelo, el vestuario e incluso la raza de los sujetos. Buckhout (1975) proporcionó una ilustración impresionante de este axioma por medio de una demostración que formó parte de un programa de televisión. Los espectadores vieron la escenificación del robo de un bolso que duró apenas 12 segundos. A continuación, los televidentes vieron una hilera de seis sospechosos, uno de los cuales, se les advirtió, podría ser el asaltante. Los espectadores podían llamar por teléfono y emitir sus opiniones. ¿Qué ocurrió? Más de 2 000 personas llamaron ¡y 1 800 se equivocaron! Desde luego, nada de lo anterior pretende sugerir que los testigos nunca tienen la razón.

Pero sí sugiere que debe tenerse precaución al aceptar declaraciones sin una postura crítica. El sistema legal puede, al menos, mejorar sus procedimientos para la identificación de sospechosos (Loftus, 1983; Wells, 1995). Los factores de percepción, niveles de estrés, almacenamiento de información, procedimientos de identificación e incluso los procesos integradores inconscientes necesitan estudiarse más a fondo (Horowitz y Willging, 1984). También son importantes las experiencias previas y el condicionamiento, junto con los prejuicios personales y los estereotipos (Buckhout, 1980).

En respuesta a las preocupaciones sobre la identificación de falsos testigos, la Sociedad Estadounidense de Psicología y Leyes (División 41 de la Asociación Psicológica Estadounidense) designó a un subcomité para que revisara la evidencia científica en esta área y formulara recomendaciones (Wells y cols., 1998). El sitio web 19-5 que aparece al final del capítulo provee un vínculo para consultar el informe de este subcomité. De manera breve, el subcomité hizo las siguientes recomendaciones:

- La persona que esté a cargo de la hilera de personas o de mostrar las fotografías en el caso no debe conocer la identidad del sospechoso.
- A los testigos se les debería informar que el sospechoso en el caso podría estar o no en la fila o en las fotografías exhibidas, y que el encargado ignora quién es el sospechoso en el caso (si acaso estuviera presente).
- El sospechoso en la fila o en la colección de fotografías no debería parecer (en apariencia ni en vestimenta) diferente de los demás.
- La seguridad del testigo durante la identificación debería evaluarse al momento de la identificación y antes de cualquier retroalimentación.

De esta manera, se espera que se reducirán los errores de identificación por parte del testigo (Wells y cols., 1998).

Comportamiento del jurado. Entre mejor entendamos las condiciones que afectan la manera en que los miembros del jurado piensan y llegan a sus decisiones, será mejor nuestro sistema judicial. Se ha realizado una gran cantidad de investigación acerca de la forma en que los jurados comprenden la evidencia y procesan la información, cómo responden a las instrucciones del tribunal y cómo reaccionan ante ciertos tipos de argumentos (Kassin y Wrightsman, 1988; Wrightsmany cols., 1998). Consideremos varios ejemplos.

Con frecuencia, las instrucciones del juez confunden a los jurados. Severance y Loftus (1982) modificaron el patrón de instrucciones que se daban al jurado. Redactaron las instrucciones en oraciones activas en vez de pasivas e hicieron los mensajes más cortos y concisos. Además, dieron a nociones abstractas como "duda razonable" una explicación más amplia que la normal. El resultado fue una aplicación más exacta de la ley por parte de los jurados de lo que suele ser el caso.

Incluso una condición simple como el orden en que se presentan las instrucciones del juez puede tener efectos sobre el jurado. Por ejemplo, Kassin y Wrightsman (1979) usaron jurados falsos que vieron un juicio grabado en video. Descubrieron que informar al jurado acerca de los requerimientos de la prueba antes, y no después, de presentar la evidencia tuvo efectos definitivos. Con la primera condición los jurados tuvieron mayor probabilidad de sostener el dictamen de "se presume inocente" que con la segunda condición.

También hay muchas condiciones que pueden prejuiciar las decisiones del jurado. Por ejemplo, un individuo puede ser acusado de varias instancias de un crimen. En ocasiones, estas instancias se unen en un solo auto de acusación; en otros casos, el acusado es juzgado por separado por cada instancia. Greene y Loftus (1981) descubrieron que cuando se juntan los cargos en un auto de acusación es más probable que el jurado emita veredictos más severos que cuando los cargos se juzgan por separado.

Mucha de la investigación sobre el comportamiento del jurado ha sido simulada; es decir, no se estudian jurados reales en situaciones reales. En vez de ello, se coloca a los sujetos en escenarios como los del jurado para estudiar su comportamiento. Se ha descubierto que los jurados falsos expuestos a procesos de *voir dire* estuvieron menos prejuiciados que los jurados que no tuvieron esta experiencia (Padawer-Singer y Barton, 1975). Asimismo, la publicidad previa al juicio coloreó el entendimiento del caso de esos jurados falsos. Del mismo modo, Garcia y Griffitt (1978) encontraron que el testimonio de testigos "simpáticos" ejercía un impacto mayor en los jurados falsos que el de testigos "desagradables". Desde luego, el problema con los estu-

dios de jurados simulados es que no resulta claro en qué medida se puede generalizar a partir de ellos a los juicios y jurados reales (Kassin y Wrightsman, 1988). No obstante, las simulaciones proveen un método flexible que permite a los investigadores ejercer mayor control sobre las condiciones y las variables.

Resumen del capítulo

A la psicología forense le interesa la aplicación de los métodos, teorías y conceptos psicológicos al sistema legal. Aunque la obra de 1908 de Hugo von Munsterberg proclamó que la psicología tenía mucho que ofrecer al sistema legal, se observó poca influencia hasta la década de los cincuenta. En la actualidad, la influencia y popularidad de la psicología forense es evidente; existen muchas revistas, libros y programas de enseñanza de la especialidad. No obstante, los psicólogos forenses también son objeto de duras críticas.

En este capítulo hemos discutido ocho actividades del psicólogo forense. Éstos pueden fungir como testigos expertos o consultores en casos penales y civiles. También se les puede pedir que representen los derechos de pacientes hospitalizados o para evaluar y predecir si un paciente puede ser peligroso para sí o para otros. Los psicólogos forenses también fungen como consultores respecto a la selección del jurado y preparación del testigo. Por último, dichos especialistas pueden llevar a cabo investigaciones sobre problemas importantes, como el testimonio del testigo y el comportamiento del jurado.

Términos clave

alegato de locura Afirmación de que una persona acusada de un crimen no estaba actuando de manera "sana" o racional al momento de cometerlo. Si este alegato resulta exitoso, al individuo no se le considera responsable de sus acciones y es retenido para recibir tratamiento en vez de castigo.

carga de la prueba Obligación de establecer la verdad de una afirmación en un tribunal judicial. En el caso del alegato de locura, la carga de la prueba suele recaer en la defensa.

competencia para someterse a juicio Estado mental del acusado en el momento del juicio. Para ser considerado competente, debe demostrarse que el acusado aprecia la naturaleza de los cargos y que puede informar acerca de su comportamiento en el momento del supuesto delito, que tiene un entendimiento básico de los procedimientos del tribunal y que es capaz de cooperar con su abogado.

custodia conjunta Arreglo por el cual ambos padres comparten la custodia de un niño después de divorciarse. Muchos arreglos de "custodia conjunta" se determinan de manera informal por las partes; las órdenes formales del tribunal tienden a emitirse sólo en los casos en que éstas no pueden llegar a un acuerdo satisfactorio.

desafíos perentorios Un número establecido de desafíos permitidos a cada parte (al acusador y al acusado) durante el *voir dire* cuyo propósito es eliminar jurados sospechosos de prejuicios contra una de las partes.

internamiento voluntario Circunstancia en que el individuo acepta ser admitido en un hospital psiquiátrico del que se le permite salir en cualquier momento.

norma ALI La más liberal de las normas para determinar la demencia de un acusado. Esta norma certifica que el acusado no es responsable por un acto ilícito si éste resulta de una enfermedad o un defecto mental por el cual el implicado carece de la capacidad sustancial para apreciar la criminalidad del acto (deficiencia cognoscitiva) o bien para apegarse a la ley (deficiencia volitiva).

preparación del testigo Ayuda que se brinda a los testigos para que presenten su testimonio con más efectividad sin cambiar los hechos hacia los cuales se dirige su testimonio. Los psicólogos forenses pueden ser consultados para asistir en muchos aspectos de dicha preparación (por ejemplo, prepararlos para la experiencia total de ser un testigo en la sala del tribunal, hacer recomendaciones en relación con su aspecto, la forma en que presentan los hechos, etcétera).

psicología forense Subespecialidad de la psicología que se centra en la aplicación de conceptos y métodos psicológicos a cuestiones o problemas que surgen dentro del contexto del sistema legal. Los psicólogos forenses pueden ser llamados para proveer su punto de vista experto acerca de asuntos de custodia infantil, selección del jurado, predicción de la peligrosidad, etcétera.

regla M'Naghten La norma más antigua para determinar la locura de un acusado. Dicha regla requiere que la defensa demuestre que, al momento del acto criminal, el razonamiento del acusado estaba tan deteriorado por "una enfermedad de la mente" que no le era posible apreciar lo que estaba haciendo o bien que no comprendía que se trataba de algo indebido.

testigo experto Individuo que, debido a su profesión, entrenamiento o experiencia específicos, es llamado

para ayudar al tribunal a entender y evaluar evidencia u ofrecer opiniones e inferencias acerca de un problema.

testimonio del testigo ocular Testimonio dado por un individuo que ha presenciado una parte o la totalidad de un acontecimiento (por ejemplo, un crimen, un accidente). El testimonio del testigo suele ser inexacto, poco confiable y distorsionado por información subsiguiente. Una función del psicólogo forense es ayudar a identificar las condiciones en un caso específico que podrían producir distorsiones en el testimonio.

seguimiento del jurado Proceso de contratación de individuos parecidos a los que sirven en un jurado determinado y supervisar sus reacciones al testimonio tal como se presenta en el juicio. Las reacciones de los jurados de seguimiento se emplean para anticipar las reacciones de los jurados verdaderos y pueden servir como base para un cambio de estrategia en la sala del tribunal.

selección del jurado Proceso en el cual los abogados de la parte acusadora y de la defensa eligen jurados para un caso a partir de un grupo mayor de posibles jurados. Los psicólogos forenses pueden ser consultados para asistir a los abogados en la selección del jurado (por ejemplo, con teorías para la selección del jurado y en el mejoramiento de las habilidades del *voir dire* del abogado).

voir dire Término legal que se refiere a la parte del juicio en la cual se nombra o selecciona un jurado.

Sitios web de interés

19-1 División 41 de la Asociación Psicológica Estadounidense: Sociedad Estadounidense de Psicología Legal (The American Psychology Law Society)

www.unl.edu/ap~ls/

19-2 Carreras y enseñanza en psicología legal

www.unl.edu/ap~ls/careers.htm

19-3 Vínculos a programas de posgrado en psicología legal

www.unl.edu/ap~ls/gradp.htm

19-4 Lineamientos éticos para psicólogos forenses

www.unl.edu/ap~ls/foren.pdf

(Necesitará Adobe Acrobat para ver el archivo; puede transferirlo gratis en www.adobe.co.uk/products/acrobat/download/readstep.html)

19-5 Procedimientos de identificación de testigos oculares: recomendaciones para hileras y fotografías de sospechosos

www.unl.edu/ap~ls/whiteeye.html

CAPÍTULO VEINTE

Psicologías pediátrica y clínica infantil

PREGUNTAS PRINCIPALES

1. **¿Cuáles son las semejanzas y diferencias entre las psicologías pediátrica y clínica infantil?**
2. **¿Cuáles son las principales diferencias entre proporcionar servicios psicológicos a niños o adolescentes y dar los mismos servicios a adultos?**
3. **¿Cuáles son los principales métodos de evaluación empleados en la psicología pediátrica y la psicología clínica infantil?**
4. **¿Qué formas de intervención importantes se utilizan en el tratamiento de niños y adolescentes? ¿Qué evidencia existe respecto de la eficacia de estos tratamientos?**
5. **¿Qué tendencias futuras se han identificado para la psicología pediátrica y la psicología clínica infantil?**

RESEÑA DEL CAPÍTULO

Se ha estimado que por lo menos ocho millones de niños en Estados Unidos requieren servicios de salud mental (Roberts, 1994). Durante años no se han cubierto de manera adecuada las necesidades de salud mental de niños y adolescentes. Por desgracia, es probable que esta tendencia continúe en el nuevo siglo (Culbertson, 1993). Las proyecciones de cambios demográficos para Estados Unidos entre 1990 y 2025 sugieren que, aunque se espera que la tasa de crecimiento de la población total disminuya para algunos grupos (como los estadounidenses de origen europeo), se piensa que las tasas para los grupos cuyas necesidades de salud mental están mal atendidas en la actualidad (como los niños y adolescentes afroamericanos e hispanoamericanos) ascenderán en forma drástica (Lewit y Baker, 1994). Dos subáreas de la psicología clínica, la psicología pediátrica y la psicología clínica infantil, están calificadas de manera única para atender estas necesidades.

Definiciones, historia y perspectivas

Antes de tocar los aspectos históricos de estas especialidades para niños, primero deberíamos exponer la distinción entre psicología pediátrica y psicología clínica infantil.

Definiciones

Las diferencias entre los psicólogos pediátricos y los clínicos infantiles son un tanto confusas. No obstante, en la psicología clínica infantil, una actividad común a lo largo de los años ha sido el trabajo con niños y adolescentes una vez que se han desarrollado los síntomas psicopatológicos. Con frecuencia, este trabajo se ha conducido tanto en establecimientos de práctica privada como en escenarios clínicos para pacientes externos dentro del contexto del equipo tradicional de psicólogo, psiquiatra y trabajador social, junto con alguna colaboración pediátrica.

Por el contrario, la *psicología pediátrica* (o psicología de la salud infantil, como suele denominársele con frecuencia) se ha descrito como psicología clínica infantil llevada a cabo en establecimientos médicos, incluyendo hospitales, clínicas de desarrollo o práctica de grupo médico (Routh, 1988). Los psicólogos pediátricos suelen intervenir antes de que se desarrolle la psicopatología (o, por lo menos, en una etapa temprana del trastorno) y sus referencias suelen provenir de los pediatras (Pruitt y Elliot, 1992). De manera específica, Roberts, Maddux y Wright (1984) han definido la psicología pediátrica como

> un área de investigación y práctica [que] se ha interesado en una amplia variedad de temas en la relación entre la psicología y el bienestar físico de los niños, incluidas las circunstancias conductuales y emocionales concomitantes de la enfermedad y el padecimiento, la función de la psicología en la medicina pediátrica, y la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad entre niños saludables. (pp. 56-57)

Aun cuando la superposición es considerable, las encuestas de psicólogos pediátricos y clínicos infantiles revelan varias diferencias entre los dos (véase, por ejemplo, Kaufman, Holden y Walker, 1989). Primero, los clínicos pediátricos se caracterizan por una orientación conductual, con una tendencia relacionada a la utilización de estrategias de intervención inmediata a corto plazo. En contraste, los psicólogos clínicos infantiles son más variados en sus orientaciones (las orientaciones psicodinámica y de familia o sistemas son más comunes entre los especialistas en clínica infantil). En segundo lugar, los psicólogos pediátricos tienden a interesarse más en los problemas biológicos y médicos en sus enfoques de la enseñanza, investigación y suministro de servicios. Sus intereses en la psicología de la salud y en la medicina conductual (Cap. 17), así como sus consultas con pediatras, son características distintivas. Los especialistas en clínica infantil tienden a poner mayor énfasis en la capacitación, en la evaluación, el proceso de desarrollo y la terapia familiar.

Debido al aumento del interés de la psicología pediátrica para los psicólogos clínicos del siglo XXI, concentraremos buena parte de nuestra exposición en este capítulo en esta especialidad que está surgiendo. No obstante, antes de revisar las actividades principales de los psicólogos pediátricos y los clínicos infantiles, es importante estudiar de manera breve la historia de estas especialidades y exponer la perspectiva de desarrollo adoptada por estos psicólogos.

PERFIL 20-1

Lizette Peterson, Ph. D.



La doctora Lizette Peterson es profesora de psicología en la Universidad de Missouri y se especializa en psicología pediátrica, prevención del abuso y negligencia con niños y prevención de daños. Ha sido premiada por sus contribuciones científicas por parte de la Asociación Psicológica Estadounidense, la Universidad de Missouri y la Sociedad para la Psicología Pediátrica. La Universidad de Missouri le concedió la presidencia honorífica Frederick A. Middlebush y en la actualidad ostenta el cargo de profesora distinguida Byler, en esa institución. La doctora Peterson es una de las psicólogas clínicas más prolíficas en el área, con más de 150 libros, capítulos de obras o artículos publicados. Además, ha recibido fondos de diversas fuentes (incluidos los Institutos Nacionales de Salud) para apoyar sus proyectos de investigación. Por último, ofrece servicios psicológicos a niños, adolescentes y adultos, y funge como consultora de médicos y otro personal médico.

La doctora Peterson respondió a las preguntas que le formulamos respecto a sus antecedentes, intereses y puntos de vista sobre el campo.

¿Por qué se interesó en un principio en el campo de la psicología clínica?

Por un psicólogo increíble (Grayson Osborn) que impartía una clase de psicología infantil. Más tarde, me permitió trabajar en su laboratorio y me brindó mucha atención individual.

Describa en qué actividades participa como psicóloga clínica.

Usted dígame. Tengo dos becas para investigación, asesoro varios estudiantes universitarios y graduados, formo parte de seis consejos editoriales y trabajo en cerca de 20 comités de maestría, exámenes completos y de tesis.

¿Cuáles son sus áreas particulares de experiencia o interés?

De manera amplia, la psicología clínica. De manera específica, la psicología pediátrica con énfasis en la prevención del abuso de los niños y los daños involuntarios.

¿Cuáles son las tendencias futuras que ve para la psicología clínica?

Los clínicos en práctica deben replantearse la manera en que llevan a cabo la terapia. Los investigadores y profesores deben pensar en forma divergente, ser más aplicados y realizar un mejor trabajo de divulgación de la información.

¿Cuáles son algunas tendencias futuras que ve en la psicología pediátrica y en la psicología clínica infantil?

Más trabajo multidisciplinario, una especialización aún mayor y más trabajo innovador para un intervalo de edad más amplio (de manera especial para los niños que empiezan a andar).

Historia

La historia de la psicología clínica infantil se remonta al menos a 1896, cuando Witmer estimuló la profesión de la psicología clínica al iniciar la primera clínica psicológica. Como se indicó en el capítulo 2, esta clínica estaba dedicada al tratamiento de niños que presentaban problemas de aprendizaje o propiciaban el desorden en el salón de clases.

Quizá pueda fecharse el estudio científico de la psicopatología infantil hacia principios del siglo XX. Durante mucho tiempo, a los niños no se les había reconocido como personas muy diferentes

TABLA 20-1 Ejemplos de problemas que suelen abordar los psicólogos pediátricos

Problemas	*Ejemplos*
Comportamientos negativos	Berrinches, llanto
Control de esfínteres	Enuresis, entrenamiento para ir al baño
Demoras en el desarrollo	Habla, hiperactividad
Escuela	Lectura, no le gusta la escuela
Sueño	Pesadillas, se resiste a ir a dormir
Personalidad	Autocontrol pobre, roba cosas
Hermanos/compañeros	Sin amigos, pelea
Divorcio, separación, adopción	Programa de visitas, custodia
Manejo de niños	Alimentación, cólicos
Problemas familiares	Disciplina, abuso de los niños
Relacionados con el sexo	Identificación deficiente, sin amigos del mismo sexo
Alimentos/comida	Melindroso para comer, obesidad
Temores específicos	Perros, camiones
Malos hábitos específicos	Se chupa el pulgar, tics

Fuente: Roberts (1986), p. 20.

de los adultos, en términos de sus necesidades y capacidades. Se les trataba mucho como si fueran adultos en miniatura. No obstante, hacia finales del siglo XIX y comienzos del XX, ocurrieron varios avances que aumentaron la atención en los niños (Ollendick y Hersen, 1998). Éstos incluían la identificación y el cuidado de aquellos con retardo mental, la elaboración de pruebas de inteligencia, la formulación del psicoanálisis y el conductismo, el movimiento del estudio de los niños y el surgimiento de clínicas de orientación infantil.

Incluso la clasificación de los trastornos de la niñez ha cambiado mucho, de manera especial en los últimos 30 años (Davison y Neale, 1998). Tanto el DSM-I como el DSM-II consideraban tales problemas como extensiones hacia abajo de los trastornos del adulto. Sin embargo, primero con el DSM-III, y después con el DSM-IV en la actualidad, contamos ahora con categorías de diagnóstico en específico importantes para los niños. Hoy en día hay 43 diagnósticos específicos contenidos en diez grupos (American Psychiatric Association, 1994). Hablaremos más sobre los problemas de la clasificación diagnóstica más adelante en este capítulo.

Las tendencias antes mencionadas han culminado en lo que ahora se denomina psicología clínica infantil. En efecto, el área está orientada en esencia hacia la evaluación, tratamiento y prevención de una variedad de problemas.

La psicología pediátrica evolucionó como especialidad cuando se hizo evidente que ni los pediatras ni los psicólogos clínicos infantiles podían manejar todos los problemas que se presentan en la niñez (Roberts, 1986). Muchas visitas de "niños sanos" a los pediatras requieren sobre todo apoyo y consejo, más que intervenciones médicas. Con frecuencia se hallan en discusión asuntos importantes para todos los psicólogos infantiles, entre ellos la crianza de los niños, problemas de manejo de la conducta o preguntas acerca del rendimiento académico. Cuando estos problemas reflejan los complementos psicológicos y conductuales de enfermedades físicas, impedimentos o procedimientos médicos, el psicólogo pediátrico tiene más experiencia relacionada que un psicólogo clínico infantil tradicional. La tabla 20-1 sugiere la variedad de casos atendidos por psicólogos pediátricos.

Hacia 1966, unos 300 psicólogos trabajaban en establecimientos pediátricos en Estados Unidos (Routh, 1988). Más o menos al mismo tiempo, Wright (1967), al reconocer el "matrimonio" entre

FIGURA 20-1 Panorama del desarrollo y ejemplos de problemas asociados
Fuente: Mash, E. J. y Wolfe, D. A. (1999). *Abnormal Child Psychology.* Pacific Grove, CA: Brooks/Cole/Wadsworth, p. 33.

Edad aproximada	*Logros normales*	*Áreas de problemas de conducta comunes*	*Transtornos clínicos*
0–2	Comida, sueño, apego	Obstinación, carácter, control de esfínteres	Retardo mental, trastornos de la alimentación, trastorno autista
2–5	Lenguaje, control de esfínteres, habilidades de cuidado personal, autocontrol, relaciones con compañeros	Discutir, demandar atención, desobediencia, temores, hiperactividad, resistencia a ir a dormir	Trastornos del habla y del lenguaje, problemas derivados del abuso y negligencia con niños, algunos trastornos de ansiedad, como las fobias
6–11	Normas y habilidades académicas, juegos gobernados por reglas, responsabilidades simples	Discutir, incapacidad para concentrarse, timidez, presumir	TDAH , trastornos de aprendizaje, fobia a la escuela, problemas de conducta
12–20	Relaciones con el sexo opuesto, identidad personal, separación de la familia, aumento de responsabilidades	Discutir, alardear	Anorexia, bulimia, delincuencia, intentos de suicidio, abuso de las drogas y el alcohol, esquizofrenia, depresión

pediatría y psicología, demandó una nueva especialidad: la psicología pediátrica. Pronto se formó la Sociedad de Psicología Pediátrica (Society of Pediatric Psychology). Esta sociedad tiene ahora cerca de 1 200 miembros y en 1999 se convirtió en una división oficial de la Asociación Psicológica Estadounidense (División 54).

Perspectivas del desarrollo

Los que trabajan con niños y adolescentes reconocen la importancia de un punto de vista del desarrollo. Desde una perspectiva del desarrollo, los problemas psicológicos en niños y adolescentes resultan de alguna desviación en una o más áreas de desarrollo (cognoscitivo, biológico, físico, emocional, conductual, social) cuando se comparan con compañeros de la misma edad (Mash y Wolfe, 1999). Al mismo tiempo, es importante reconocer que 1) el desarrollo es un proceso activo, dinámico, que se evalúa mejor a lo largo del tiempo; 2) problemas de desarrollo similares pueden conducir a resultados (trastornos clínicos) diferentes; 3) diversos problemas de desarrollo pueden conducir al mismo resultado; 4) los procesos y las fallas del desarrollo pueden interactuar, y 5) los procesos de desarrollo y el ambiente son interdependientes: cada uno influye en el otro de modo que no pueden verse por separado, aislados (Mash y Wolfe, 1999). La figura 20-1 presenta un panorama general de los periodos de desarrollo, con ejemplos de logros típicos, problemas y trastornos clínicos que suelen asociarse con cada etapa del desarrollo.

Los psicólogos pediátricos y los clínicos infantiles van más allá de sólo ver a los niños y adolescentes como adultos en miniatura. En vez de ello, los evalúan y tratan dentro del contexto de los desafíos del desarrollo y del ambiente con los cuales se enfrentan. La edad de los niños, la etapa del desarrollo a través de las esferas de funcionamiento (cognoscitiva, emocional, social) y sus situaciones familiares y sociales deben considerarse conforme uno intenta conceptualizar sus problemas y prescribir el tratamiento. No tomar en cuenta la etapa de desarrollo del menor conducirá a evaluaciones inexactas y tratamientos inadecuados. Por ejemplo, mojar la cama es un problema a los 12 años, pero

TABLA 20-2 Características de niños y adolescentes con fortaleza

Fuente	*Característica*
Individual	Con buen funcionamiento intelectual
	Atractivo, sociable y de buena disposición
	Autoeficiente, seguro de sí, de elevada autoestima
	Talentoso
	Con fe
Familia	Relación cercana con figura de padres cuidadosos
	Padres con autoridad: calidez, estructura, expectativas elevadas
	Con ventajas socioeconómicas
	Vínculos a extensas redes familiares de apoyo
Contexto extrafamiliar	Vínculos con adultos prosociales fuera de la familia
	Contactos con organizaciones prosociales
	Asistencia a escuelas efectivas

Fuente: Masten y Coatsworth (1998), p. 212.

no a los 2 años. Las implicaciones para el pronóstico de un comportamiento como los berrinches serán diferentes para los niños que empiezan a andar que para los adolescentes. Estas consideraciones del desarrollo ayudan al psicólogo pediátrico o al clínico infantil a decidir si hay un problema, cuán grave es, cómo conceptualizarlo y qué tipo de intervención recomendar.

Fortaleza

¿Por qué algunos niños, aunque estén enfrentándose a lo que parece ser una adversidad increíble, parecen adaptarse bien y con pocos problemas perceptibles? El término *fortaleza* se refiere a cualidades en los individuos que se asocian con su capacidad para vencer la adversidad y lograr buenos resultados de desarrollo (Masten y Coatsworth, 1998). Los psicólogos han comenzado a interesarse cada vez más en el estudio de los factores que se asocian con la fortaleza, en especial entre los menores que están en riesgo de obtener resultados negativos debido a ambientes desfavorables (guerra, violencia en el hogar, pobreza). La tabla 20-2 presenta un resumen de las características (del individuo, de la familia y de influencias fuera de la familia) asociadas con la fortaleza en niños y adolescentes.

Vale la pena enfatizar que estos factores sólo han mostrado asociarse con resultados buenos: no necesariamente son causales (Masten y Coatsworth, 1998). Aun así, el tema que resalta es que los factores que promueven apegos o vínculos fuertes entre niños y padres y aquellos que indican la capacidad para desarrollar buenas habilidades para resolver problemas parecen ayudar a proteger al individuo contra circunstancias adversas. Por lo que respecta a las aplicaciones prácticas, los estudios de fortaleza y competencia pueden conducir a intervenciones dirigidas a prevenir o eliminar factores de riesgo, a formar o mejorar recursos y a optimizar las relaciones o procesos tales como la autoeficacia y la autorregulación (Masten y Coatsworth, 1998).

Actividades principales

Ahora que hemos revisado las definiciones y perspectivas importantes para el área, podemos volver a una exposición de las muchas actividades —algunas incluso en evolución— en que participan los psicólogos pediátricos y de clínica infantil.

Para simplificar un poco, agruparemos estas actividades en los rubros de evaluación, intervención, prevención y consulta. Primero, no obstante, consideraremos varios problemas generales de importancia para todos estos tipos de actividades.

Problemas generales

Epidemiología. Resulta importante tener alguna idea de cuán comunes son varios problemas a lo largo de los grupos de edad y otros segmentos de la población. Por ejemplo, entre las edades de uno y dos años, los problemas de la alimentación y del sueño son muy comunes. Los trastornos de conducta y la hiperactividad ocurren con más frecuencia en los niños que en las niñas. Incluso comportamientos que parecerían indicar la presencia de un trastorno mental suelen ocurrir en grupos no clínicos (S. B. Campbell, 1989). Para entender y diagnosticar de manera adecuada, el área debe contar con información acerca de cómo cambian las conductas a través del tiempo, cómo covarían entre ellas y cómo se distribuyen a lo largo de la comunidad (Yule, 1989).

Situación. Como se ha hecho notar a lo largo de este texto, el comportamiento a menudo es específico para la situación. Un niño puede ser callado e introvertido en casa, pero no con sus semejantes. Otro puede ser sumiso con las figuras de autoridad, pero hostil con otros niños. Esto no significa que los factores generales de disposición no sean importantes. Más bien, para conceptualizar de modo adecuado el problema (o presunto problema) de un niño, quienes trabajan con él deben poner atención a la interacción entre los factores en el ambiente de éste y las características de personalidad generalizadas.

¿Quién es el paciente? En nuestra exposición anterior sobre terapia familiar (Cap. 15), hicimos notar que en ocasiones es difícil determinar quién es el verdadero paciente en el grupo. Esa observación también es cierta en el contexto de este capítulo. En muchos casos, el tratamiento más efectivo está dirigido a los padres, porque ellos tienen en gran medida el control del niño. Además, éstos no van solos en busca de evaluación o terapia; son enviados por los padres, médicos, profesores o incluso por autoridades judiciales. Como dice Campbell (1989): "La primera tarea del trabajo clínico con niños y familias es determinar si en realidad existe un problema. La intolerancia, la ignorancia y las ideas equivocadas de parte de los adultos con frecuencia desembocan en la consulta médica" (p. 7). Por ejemplo, en un estudio epidemiológico a gran escala de la psicopatología en niños, Shepherd, Oppenheim y Mitchell (1971) compararon menores en observación en clínicas con otros que igualaron en función de la gravedad de los síntomas, pero cuyos padres no habían buscado ayuda. El factor principal que diferenció a los dos grupos fueron las percepciones maternas que consideraban al problema como grave. De manera clara, la preocupación de los padres, la tolerancia y la habilidad en el manejo de los niños desempeñan una parte importante en la definición del comportamiento problemático en la niñez.

Diagnóstico y clasificación de problemas. Debido a que ya hemos cubierto el DSM-IV en el capítulo 5, aquí sólo se harán notar unos pocos puntos respecto de los niños. Primero, la clasificación de los trastornos de la niñez ha sido de mayor interés para los especialistas en clínica infantil que para los psicólogos pediátricos, porque en su historia los primeros han tenido que tratar casos psiquiátricos con mayor frecuencia. Segundo, el DSM-IV incorpora el interés creciente en los trastornos de la infancia. Hay diez grupos principales de trastornos que por lo general se diagnostican por primera vez en la infancia, niñez o adolescencia. Estos grupos, con ejemplos de diagnóstico de cada uno, se listan en la tabla 20-3. Resulta importante hacer notar dos cosas: todos los trastornos de dicha tabla están codificados en el Eje I, excepto los subtipos de retraso mental, y que los niños y adolescentes *pueden* recibir diagnósticos que no formen parte de ese listado (por ejemplo, trastorno depresivo mayor, trastorno distímico o bulimia nervosa). No obstante, con frecuencia los criterios o umbrales del diagnóstico se modifican a fin de adecuarlos mejor a niños o adolescentes. Por ejemplo, para obtener un diagnóstico de trastorno distímico, un niño o un adolescente puede presentar un estado de ánimo irritable (opuesto al depresivo) y la duración de todos los síntomas puede ser de sólo un año (frente a dos años para los adultos).

TABLA 20-3 Trastornos del DSM-IV que suelen diagnosticarse por primera vez durante la infancia, la niñez o la adolescencia

Grupo	*Ejemplo de diagnóstico*
Retardo mental	Retardo mental leve, moderado o grave
Trastornos del aprendizaje	Trastorno de lectura, trastorno de matemáticas
Trastorno de las habilidades motoras	Trastorno de coordinación del desarrollo
Trastornos de comunicación	Trastorno de lenguaje expresivo, tartamudeo
Trastornos profundos del desarrollo	Trastorno autista, trastorno de Asperger
Trastornos de deficiencia de la atención y comportamiento perturbador	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno de la conducta
Trastornos de la alimentación y comida de la infancia	Pica, trastorno de rumiación
Trastornos de tics	Trastorno de Tourette, trastorno de tic transitorio
Trastornos de eliminación	Encopresis, enuresis
Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia	Trastorno de ansiedad de separación, mutismo selectivo

Fuente: DSM-IV (APA, 1994). Derechos reservados 1994 por la American Psychiatric Association. Reimpreso con autorización.

Para dar al lector un mejor sentido de qué tipos de comportamientos y problemas se incluyen en un conjunto de criterios de diagnóstico para un trastorno de la infancia del DSM-IV, la tabla 20-4 presenta los criterios de diagnóstico para el *trastorno de conducta*. Éste es uno de los diagnósticos que se encuentran con mayor frecuencia en establecimientos con pacientes internos, así como en los de consulta externa, que tratan niños y adolescentes. Además, como se verá a lo largo del capítulo, varios de los enfoques de evaluación y tratamiento se han desarrollado para abordar los problemas de conducta que abarca este trastorno.

Con frecuencia, los problemas psicológicos que experimentan los niños y adolescentes se subdividen en trastornos internalizados y externalizados. Los *trastornos internalizados* se caracterizan por síntomas de ansiedad, depresión, timidez y aislamiento social. Ejemplos de trastornos internalizados son los trastornos del estado de ánimo (como el trastorno depresivo mayor) y los trastornos de ansiedad (como el trastorno de ansiedad de separación). Los *trastornos externalizados* se caracterizan por conductas agresivas, impulsivas y problemas de conducta. Ejemplos de trastornos externalizados son el trastorno de la conducta (tabla 20-4) y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Una variedad de métodos y técnicas de evaluación —que incluyen entrevistas, *observaciones conductuales*, cuestionarios y listas de comprobación, pruebas de inteligencia y de rendimiento, y pruebas neuropsicológicas— puede utilizarse para identificar estos tipos de problemas en niños y adolescentes. En la siguiente sección se expone con más detalle la evaluación.

Evaluación

La evaluación de niños y adolescentes difiere en varias maneras importantes de la evaluación de adultos. En contraste con éstos, los niños y adolescentes rara vez buscan tratamiento por su cuenta. Además, con ellos casi siempre es necesario buscar información a partir de otras personas: padres, profesores, trabajadores sociales, psicólogos escolares, médicos y demás. Aunque se requiere el consentimiento de los padres, resulta también importante contar con el permiso del menor para recabar información de estas otras fuentes. Esto ayudará mucho en la formación de una atmósfera de confianza y respeto. Por último, los niños y adolescentes conocen menos acerca de las funcio-

TABLA 20-4 Criterios de diagnóstico para el trastorno de la conducta

A. Un patrón de conducta repetitivo y persistente en que se viola el derecho básico de otros o las principales normas o reglas sociales adecuadas a la edad, según se manifiesta por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios en los últimos 12 meses, con por lo menos un criterio presente en los últimos seis meses:

Agresión a personas o animales

1. Con frecuencia pelea, amenaza o intimida a otros
2. A menudo inicia riñas físicas
3. Ha utilizado un arma que puede causar daños físicos graves a otros (por ejemplo, un bate, ladrillo, botella rota, cuchillo, pistola)
4. Ha sido cruel físicamente con la gente
5. Ha sido cruel físicamente con los animales
6. Ha robado mientras confronta a la víctima (por ejemplo, asalto, arrebato de bolsos, extorsión, robo a mano armada)
7. Ha forzado a alguien a tener actividad sexual

Destrucción de propiedad

8. Ha participado en forma deliberada en actos incendiarios con la intención de causar daños graves
9. Ha destruido con deliberación la propiedad de otros (que no sea prendiéndole fuego)

Engaño o robo

10. Ha entrado abruptamente en la casa, el edificio o el auto de alguien más
11. Miente con frecuencia para obtener bienes o favores o para eludir obligaciones (por ejemplo, "tima" a otros)
12. Ha robado cosas de poco valor sin confrontar a la víctima (por ejemplo, roba en autoservicios, pero sin entrar por la fuerza; falsifica documentos)

Violación grave de las normas

13. Con frecuencia se queda fuera por las noches, a pesar de las prohibiciones de los padres, desde antes de cumplir 13 años
14. Ha escapado de la casa paterna (o de padres sustitutos) a deshoras de la noche por lo menos un par de veces (o una vez sin regresar por un periodo prolongado)
15. A menudo se escapa de la escuela, desde antes de haber cumplido 13 años

B. La alteración del comportamiento ocasiona deterioro importante desde el punto de vista clínico en el funcionamiento social, académico u ocupacional.

C. Si el individuo tiene 18 años o más, los criterios no califican para trastorno de personalidad antisocial.

Especifique el tipo basado en la edad de inicio:

Tipo de inicio en la infancia: comienzo de al menos un criterio característico de trastorno de la conducta anterior a los 10 años

Tipo de inicio en la adolescencia: ausencia de cualesquiera criterios característicos de trastorno de la conducta antes de los 10 años

Especifique la gravedad:

Leve: si acaso, presenta pocos problemas de conducta adicionales a los requeridos para realizar el diagnóstico y los problemas de la conducta causan sólo daños menores a otros

Moderada: el número de los problemas de la conducta y el efecto en otros es intermedio entre "leve" y "grave"

Grave: muchos problemas de conducta adicionales a los requeridos para el diagnóstico o los problemas de la conducta causan daños considerables a otros

Fuente: American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4a. ed.). Washington, D. C.: Author, pp. 90-91. Reimpreso con autorización.

nes de los profesionales de la salud mental, y ello puede hacerlos abrigar resistencia o incluso temor.

Este problema de fuentes de información múltiples en la evaluación de niños y adolescentes obliga a un comentario posterior. Debería reconocerse que estas fuentes de información múltiples tal vez no siempre concuerden entre ellas. Por ejemplo, hay quienes han sugerido que las madres deprimidas tienden a exagerar la naturaleza y gravedad de los problemas de un niño en comparación con otros informantes (Richters y Pellegrini, 1992). Aunque pruebas más recientes han puesto en duda esta afirmación (Tarullo, Richardson, Radke-Yarrow y Martínez, 1995), en la actualidad no hay consenso acerca de cómo un clínico o un investigador debería integrar información diagnóstica discrepante (Sher y Trull, 1996). Este problema se agrava en el área de la psicología clínica infantil, en que las fuentes de información múltiples se utilizan de manera habitual. Por fortuna, los investigadores empiezan a indagar la mejor forma de integrar los datos de evaluación provenientes de múltiples informantes (por ejemplo, Piacentini, Cohen y Cohen, 1992).

Al evaluar niños o adolescentes, es muy importante estimar la naturaleza y la gravedad del problema desde el principio. El padecimiento puede ser tan específico como vómito o temor de ir a la escuela a pie, o tan general como una "depresión" o falta de interés en las tareas escolares. El examinador querrá averiguar por qué se está buscando ayuda, por cuánto tiempo ha existido el problema y qué otros pasos se han dado para resolverlo. A partir de todas las fuentes disponibles, se generará una historia clínica para lograr la comprensión exacta de la forma en que se desarrolló el problema. De nuevo, todo esto se hace para determinar la naturaleza del problema y la mejor manera de tratarlo.

En la mayor parte de los problemas, una evaluación completa por lo general incluirá información de múltiples informantes (del paciente, padres, compañeros, profesor) y de diversos métodos de evaluación (escalas de informe personal, listas de verificación del comportamiento, entrevistas, pruebas de inteligencia o de habilidad). En las siguientes secciones presentaremos varios problemas asociados con algunos de los métodos de evaluación que los psicólogos pediátricos y en clínica infantil utilizan de manera más común.

Entrevista. En el capítulo 6 tratamos en forma extensa el proceso de entrevista; ese material es de mucha importancia aquí. En aras de la brevedad, esta sección sólo se concentrará en cómo entrevistar a los padres y al niño. Los psicólogos pediátricos y en clínica infantil entrevistan a los padres para 1) obtener información acerca del comportamiento, los acontecimientos y las situaciones; 2) medir los sentimientos y las emociones de los padres, y 3) establecer las bases para relaciones de terapia subsecuentes (Yule, 1989). Las entrevistas con los menores y adolescentes les permiten "contar su propia historia". El psicólogo formula preguntas orientadas a la percepción que tiene el individuo de sí mismo, de los otros y de la existencia y la naturaleza del problema.

Al entrevistar a niños, es importante recordar que no siempre se les ha dicho por qué se ha buscado ayuda, de lo contrario quizá sólo entiendan de manera imperfecta lo que se les ha dicho. El simple hecho de estar en una clínica sin entender por qué, o sin habérseles permitido decidir acerca del tratamiento, puede ser una fuente de mucha ansiedad para los niños (o para cualquiera). En consecuencia, es importante descubrir cómo se siente el menor y lo que entiende como el propósito real de la visita. En la medida de lo posible, el clínico debe establecer un tono tranquilizador para la entrevista y luego, dentro de los límites de entendimiento del sujeto, explicarle lo que está por ocurrir. En algunos casos, por ejemplo, quizá sea necesario subrayar que el niño irá a casa después de la visita a la clínica o que los procedimientos de diagnóstico específico no serán dolorosos.

Puede resultar muy difícil entrevistar niños. Éstos no siempre pueden comunicar sus sentimientos y pensamientos con precisión. De igual importancia es que los niños son muy influenciables o temerosos. En consecuencia, pueden decir al examinador lo que piensan que éste quiere escuchar o lo que otros les han dicho que digan. Pueden llegar a estar tan intimidados o nerviosos que revuelven sus historias. La duración de una entrevista con un niño puede depender de factores como la edad y el nivel de inteligencia. Kanfer, Eyberg y Krahn (1992) han

TABLA 20-5 Consejos para entrevistar a niños

Habilidades de comunicación general

1. Utilice afirmaciones descriptivas (por ejemplo, "Te ves feliz el día de hoy").
2. Use afirmaciones reflexivas para ayudar a aumentar la cantidad de intercambio verbal.
3. Emplee elogios.
4. Evite declaraciones críticas.
5. Emplee preguntas abiertas (las que no pueden responderse con un simple sí o no).
6. Utilice oraciones y palabras adecuadas a la edad.

Cómo dirigir la entrevista

1. Preséntese con el padre o los padres y el niño.
2. Proporcione al padre (padres) y al niño información acerca del plan de la sesión.
3. Dé al niño una estructura para tranquilizar su ansiedad (por ejemplo, "Oye, ¿por qué no comenzamos con algunos dibujos?").
4. Emplee un formato de organización para recabar información que se centre en el menor y 1) su entorno (relaciones con sus semejantes, escuela, familia), 2) sí mismo (anhelos, intereses, temores) y 3) el problema o los problemas presentes.
5. Al concluir la entrevista, es importante resumirla para el niño, reforzar sus esfuerzos, preguntarle si hay información adicional que quizá quiera proporcionar y darle información acerca de lo que el entrevistador planea hacer de ese punto en adelante.

Fuente: adaptado de Kanfer, R. Eyberg, S. M. y Krahn, G. L (1992). "Interviewing strategies in child assessment". En C. E. Walker y M.C. Roberts (eds.), *Handbook of clinical child psychology* (2a. ed.). Nueva York: Wiley.

proporcionado algunos buenos consejos sobre entrevistas con niños (tabla 20-5).

Se dispone de varias entrevistas de diagnóstico estructuradas para evaluar niños y adolescentes a fin de determinar tanto trastornos internalizados (Silverman y Serafini, 1998) como externalizados (Franz y Gross, 1998). Entre ellas se incluyen el Programa de entrevista de diagnóstico para niños (Diagnostic Interview Schedule for Children; DISC; Costello, Edelbrock, Dulcan, Kalas y Klaric, 1984), el Programa de evaluación de niños (Child Assesment Schedule; CAS; Hodges, Kline, Fitch, McKnew y Cytryn, 1981) y la Entrevista revisada de diagnóstico para niños y adolescentes (Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised; DICA-R; Kaplan y Reich, 1991). Se hallan disponibles tanto en versiones para niños como para padres (informantes). Estas entrevistas estructuradas tienen la ventaja de estar estandarizadas (a todos los niños se hacen las mismas preguntas), tener una cobertura más completa y ser más confiables que las entrevistas clínicas no estructuradas. Son útiles en particular en situaciones en que hay una cuestión de diagnóstico diferencial.

Observaciones conductuales. Como se señaló en el capítulo 6, resulta útil realizar observaciones conductuales durante la entrevista. Además, cuando sea posible, deberían realizarse observaciones directas del niño en casa y en la escuela (Cap. 9). Existe una variedad de métodos de observación. Por ejemplo, hay técnicas de observación naturalista, análoga, participativa y de autoobservación, y se dispone de una diversidad de sistemas de codificación para estimar el comportamiento (La Greca y Stone, 1992). Como ocurre con todas las observaciones conductuales, los psicólogos pediátricos e infantiles necesitan tener presentes problemas como la confiabilidad de las mismas, la reacción a la observación y la validez de la información resultante de la observación (La Greca y Stone, 1992).

En el capítulo 9 dimos varios ejemplos de métodos y sistemas de observación utilizados en la evaluación de niños y adolescentes. Uno era el Sistema de codificación conductual (SCC), desarrollado y empleado por Patterson (1971) y sus colegas (Jones, Reid y Patterson, 1975; Patterson y Forgatch, 1995). El SCC fue diseñado para uso en los hogares de niños predelincuentes con problemas de agresividad y desobediencia. Observadores capacitados pasaban una o dos horas en el hogar observando y registrando las interacciones de la familia, empleando el sistema de codificación SCC (véase la Fig. 9-2 del Cap. 9 para una muestra de la hoja de codificación SCC). Hace poco, Patterson y Forgatch (1995) informaron que las puntuaciones del comportamiento aversivo de los niños (derivadas del SCC) predecían arrestos futuros durante un periodo de seguimiento de dos años.

Otro sistema de observación utilizado de manera común —también comentado en el capítulo 9— es el Formato de observación directa (FOD) de Achenbach, de la Lista de comprobación de comportamiento infantil (LCCI). El FOD se emplea para evaluar comportamientos problema que se puedan observar en la escuela o en otros escenarios. Los observadores estiman cada reactivo de conductas problemáticas (96 en total) de acuerdo con su frecuencia, duración e intensidad durante un periodo de observación específico (por ejemplo, 10 minutos). La tabla 9-2 (Cap. 9) proporciona una muestra de reactivos tomados del FOD.

Pruebas de inteligencia. Cuando se incluyen preguntas de rendimiento intelectual, de deficiencias académicas o del desarrollo de un plan de educación para el niño, con frecuencia se emplean pruebas de inteligencia. Las más utilizadas son las Escalas Wechsler de Inteligencia para Niños, tercera edición (WISC-III), la Batería de Evaluación para Niños de Kaufman (K-ABC), la Escala Wechsler de Inteligencia para Preescolar y Primaria Revisada (WPPSI-R), la Escala de Inteligencia Stanford-Binet, cuarta edición, y la Prueba Peabody de Vocabulario Ilustrado Revisada. Éstas y otras medidas son muy adecuadas para baterías de prueba de evaluación de incapacidades de aprendizaje, retardo mental, disfunción neurológica o trastornos profundos del desarrollo en niños (Sattler, 1992).

Ya expusimos la WISC-III en el capítulo 7, así que sólo haremos unos pocos comentarios adicionales. La WISC-III consiste en diez subpruebas obligatorias y tres complementarias. Incluye subpruebas verbales (información, semejanzas, aritmética, vocabulario y comprensión) y subpruebas de rendimiento (figuras incompletas, ordenamiento de figuras, diseño con cubos, ensamblaje de objetos y claves). Como ocurre con otras mediciones de inteligencia, los resultados de la WISC-III pueden utilizarse para calcular el nivel de inteligencia total de un individuo (Escala CI total), las habilidades en ciertas áreas de funcionamiento (CI verbal, CI de ejecución) o niveles de funcionamiento en áreas más específicas (comprensión verbal, organización perceptual, distractiblidad, velocidad de procesamiento). En la práctica, la WISC-III suele emplearse como parte de una batería de pruebas que incluye *pruebas de rendimiento*, para evaluar si una incapacidad de aprendizaje particular puede hallarse presente. La figura 7-7 (Cap. 7) presenta ejemplos de reactivos similares a los de la WISC-III.

Pruebas de rendimiento. Se usan para evaluar el aprendizaje pasado, en particular el asociado con programas escolares o de capacitación. Pueden abordar varias materias académicas, desde lectura hasta aritmética. Tres dispositivos de examen empleados de manera amplia son la Prueba de Rendimiento Individual de Peabody Revisada, la Batería psicoeducativa de Woodcock-Johnson y la Prueba de Rendimiento de Amplio Espectro-3 (WRAT-3). Otras baterías de prueba empleadas de manera común son Las Pruebas Iowa de Habilidades Básicas, la Series de Rendimiento SRA, la Prueba de Rendimiento de Stanford y la Batería Metropolitana de Pruebas de Rendimiento.

Pruebas proyectivas. Aunque el uso de pruebas proyectivas en niños es controvertido de alguna manera, algunos clínicos argumentan que pueden resultar útiles cuando se requiere un retrato más dinámico de la personalidad (por ejemplo, Levitt y French, 1992). Un argumento para la utilización de técnicas proyectivas en la evaluación de niños y adolescentes es que la ambigüedad de los estímulos en estas pruebas o el uso que hacen de animales como tema puede ser menos amenazador para los jóvenes cuyo nivel de ansiedad es alto. Tanto la TAT como la Rorschach se emplean con

frecuencia, así como la Prueba de apercepción para niños, frases incompletas y la Prueba del dibujo de la figura humana. No obstante, como mencionamos en el capítulo 8, los clínicos que utilizan técnicas proyectivas deben considerar la confiabilidad y la validez de sus interpretaciones y protegerse de ser presas de errores de interpretación basados en correlaciones ilusorias.

Cuestionarios y listas de comprobación. Muchas escalas, listas de comprobación y cuestionarios pueden aplicarse a adultos, a los que se les pide responder en función de sus observaciones e inferencias acerca de los problemas y el comportamiento del niño. Padres, profesores y otros que están en contacto frecuente con el niño pueden brindar información general o en niveles muy específicos, y en función de las características de la personalidad. Con frecuencia, las mediciones utilizadas incluyen el Inventario de Personalidad para Niños, la Lista de Verificación de la Conducta infantil, el Formato de informe del profesor, la Lista de Verificación de Conductas Problemáticas revisada y las Escalas Conners de Evaluación.

La Lista de Verificación de la Conducta Infantil, o LVCI (Achenbach, 1994) es una de las mediciones más empleadas para evaluar problemas de comportamiento en niños y adolescentes. Sus principales ventajas son sus fuertes propiedades psicométricas, su cobertura total de los problemas y su utilidad clínica. Por estas razones, clínicos e investigadores la emplean por igual. Pueden calcularse varias puntuaciones a partir del LVCI. Primero, hay una puntuación total del problema que da al psicólogo una idea de la importancia de los problemas generales de comportamiento del individuo. Además, se calculan ocho puntuaciones de síndrome: retraimiento, padecimientos somáticos, ansiedad/depresión, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, comportamiento delictivo y comportamiento agresivo. Por último, se puede estimar una puntuación total de problema internalizado y una puntuación total de problema externalizado (cada una integrada por resultados de ciertos síndromes). La figura 20-2 presenta una muestra de un perfil de puntuaciones de la LVCI para Felicia, una chica de 13 años llevada por sus padres debido a depresión, negativa a ir a la escuela, retraimiento social y problemas de sueño (Mash y Wolfe, 1999). Como puede verse, la madre de Felicia (quien completó la lista de verificación) está preocupada principalmente por los problemas de su hija relativos al retraimiento social, a la ansiedad, depresión, padecimientos somáticos y problemas sociales.

En ocasiones, se aplican mediciones de informe personal de manera directa a los niños cuando se siente que son capaces de entender instrucciones y de reportar en forma adecuada sus sentimientos, pensamientos o comportamiento. Algunos ejemplos son el Inventario de depresión para niños (del cual se dice que pueden leerlo niños de primer grado), las Escalas de competencia percibida y, para los adolescentes, el MMPI-2 y la Prueba de informe personal juvenil. McConaughy (1992) proporciona un panorama de éstos y otros cuestionarios y listas de verificación.

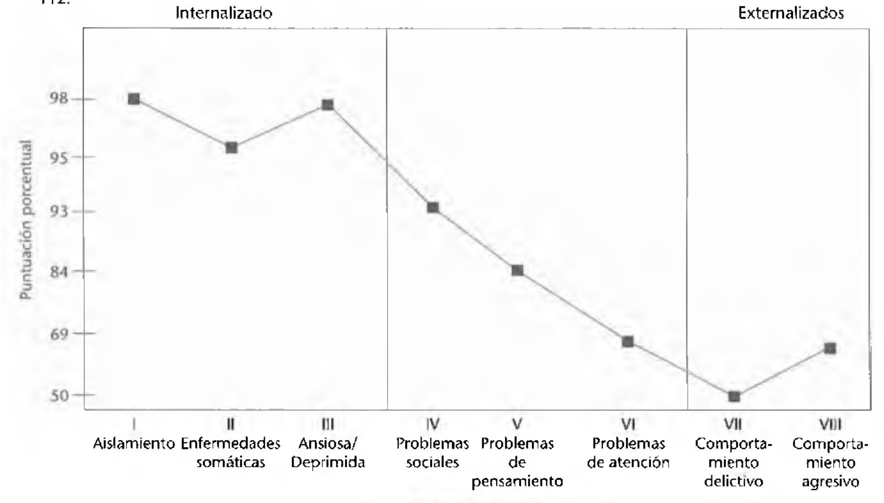
Evaluación neuropsicológica. El reciente crecimiento de la neuropsicología infantil como especialidad puede atribuirse a una creciente atención a los trastornos del desarrollo neurológico que siguió a la promulgación de la ley para la educación de todos los niños con impedimentos (Ley Pública de Estados Unidos 94-142, Federal Register, 1976), así como a los avances en la atención médica que han disminuido la mortalidad debida a enfermedades devastadoras a la vez que han incrementado la necesidad de evaluar por completo sus efectos neurológicos en los niños que han sobrevivido a ellas (Hooper y Hynd, 1993). Áreas recientes de investigación para neuropsicólogos infantiles incluyen evaluación de las correlaciones neuropsicológicas del *trastorno del comportamiento* (Lahey, Hart, Pliska, Applegate y McBurnett, 1993), de la falta de atención/hiperactividad (McBurnett y cols., 1993), de agresión/desafío (McBurnett y cols., 1993), de trastornos de ansiedad (Kusché, Cook y Greenberg, 1993) y un sinnúmero de condiciones médicas (por ejemplo, R.T. Brown y cols., 1993; Taylor, Barry y Schatschneider, 1993; Wills, 1993).

Muchos de los problemas, preguntas y métodos de la evaluación neuropsicológica se abordaron en el capítulo 18. Las pruebas que se usan con frecuencia en niños incluyen la Batería Reitan-Indiana, la Batería Neuropsicológica Halstead para Niños, la WISC-III y la Batería Neuropsicológica Luria-Nebraska.

Evaluación cognoscitiva. Cada vez más nos hemos dado cuenta de que en esta área muchos pro-

FIGURA 20-2 El perfil de Felicia, una niña deprimida y aislada de 15 años, según la Lista de Verficación del Comportamiento Infantil (LVCI)

Fuente: Mash, E. J. y Wolfe, D. A. *(1999). Abnormal Child Psychology.* Pacific Grove, CA: Brooks/Cole-Wadsworth, p 112.



blemas de comportamiento, emocionales e incluso médicos en los niños son mediados por factores cognoscitivos. Por ejemplo, los niños con problemas médicos suelen no entender los hechos de su condición ni aprecian el tratamiento que se les prescribe. Esto puede tener un impacto importante en su recuperación. Asimismo, la autoeficacia del niño puede influir en un sinnúmero de reacciones a los problemas y tratamientos médicos. Por último, la valoración cognoscitiva del menor puede resultar vital en la afectación del comportamiento y los sentimientos. Por ejemplo, los niveles de estrés de los niños o sus respuestas al tratamiento pueden controlarse en forma parcial por la manera en que procesan la información. Resulta decisivo que los psicólogos pediátricos y en clínica infantil sean capaces de entender y medir estas variables cognoscitivas.

Para dar al lector una probada del objetivo de estos instrumentos cognoscitivos, describiremos de manera breve dos mediciones cognoscitivas que se utilizan en la evaluación de niños y adolescentes. El *Cuestionario de afrontamiento* (Coping Questionnaire; CQ; Kendall, 1994) evalúa el afrontamiento de los niños a situaciones que provocan ansiedad. Se estiman tres situaciones, elegidas por el evaluador y el niño (por ejemplo, dormir en mi habitación, tener amigos nuevos). Existen dos versiones de esta medición: para padres y para niños. Otra medición es el *Cuestionario de Autodeclaración de Afectividad Negativa* (Negative Affectivity Self-Statement Questionnaire; NASSQ; Ronan, Kendall y Rowe, 1994), el cual mide pensamientos y declaraciones personales que el niño experimenta frente a la ansiedad y la depresión (afectividad negativa). Cada menor estima la frecuencia de 70 pensamientos durante la semana previa. Tanto la medición CQ como la NASSQ pueden emplearse en el tratamiento de trastornos de ansiedad de la niñez. Por ejemplo, Levin, Ashmore-Callahan, Kendall e Ichii (1996) demostraron cómo se integran las mediciones CQ y la NASSQ en un tratamiento cognoscitivo conductual contra el trastorno de ansiedad por separación en niños.

Evaluación de la familia. En gran medida, los problemas de los niños están insertos en el con-

texto de la familia. El niño es moldeado por ésta, la que a su vez es moldeada por el niño. Por consiguiente, para entender los problemas del menor e intervenir de manera adecuada, el psicólogo debe entender también el sistema familiar. Existen varios instrumentos de medición para este propósito. Algunas de las mediciones que se emplean en forma común son la Escala de Ambiente Familiar (Family Environment Scale; FES; Moos y Moos, 1981), las Escalas de Evaluación de la Adaptabilidad y la Cohesión Familiar (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales; FACES III; Olson, Portner y Lavee, 1985) y la Medición de la Evaluación Familiar (Family Assessment Measure; FAM; Skinner, Steinhauer y Santa-Barbara, 1983).

Una tendencia reciente ha consistido en combinar mediciones de la familia existentes en una recopilación de datos y luego retener sólo los reactivos que demuestren un buen grado de confiabilidad y validez para que sirvan como una medición final compuesta de varios aspectos del funcionamiento de la familia (por ejemplo, Gondoli y Jacob, 1993; Tolan, Gorman-Smith, Huesmann y Zelli, 1997). Por ejemplo, Tolan y colaboradores (1977) aplicaron varias mediciones del funcionamiento de la familia, incluyendo las FACES y la FAM, a una muestra de jóvenes urbanos y el progenitor que funge como cuidador primario (por lo general la madre). Los autores identificaron seis escalas principales conformadas por reactivos provenientes de mediciones de la familia. Estas escalas fueron denominadas Creencias sobre la Familia (propósito y desarrollo), Cohesión, Creencias Desviadas Compartidas, Apoyo, Organización y Comunicación. Los análisis factoriales confirmatorios adicionales identificaron tres dimensiones principales subyacentes: cohesión (grado de cercanía y seriedad, apoyo y comunicación clara de la familia), creencias familiares (expectativas acerca del propósito de la familia y del desarrollo de los niños) y estructura (grado de organización y de predecibilidad de la familia acerca de las expectativas y funciones). Tolan y colaboradores hallaron que los resultados en estas tres dimensiones principales se relacionaban de manera significativa con el funcionamiento de la niñez; en este caso, agresión y depresión.

Intervenciones

En los capítulos 11-15 de este libro cubrimos una variedad de enfoques de tratamiento. En el caso de los niños, los enfoques también son diversos y, por lo general, similares a los utilizados con adultos. Sin embargo, la terapia infantil también es diferente, al menos por dos razones que ya se hicieron notar: los niños, por lo común, no acuden solos a tratamiento ni poseen la misma capacidad para la introspección y el informe personal que la mayoría de los adultos.

Kazdin (1988) ha calculado de manera conservadora que se emplean más de 230 técnicas terapéuticas en el tratamiento de niños o adolescentes. Quizás este número se haya incrementado. La mayor parte de estos tratamientos no se ha sometido a investigación empírica acerca de su eficacia y efectividad (Kazdin y Weisz, 1998). Primero, analizaremos de manera breve algunos de los enfoques más utilizados. Después, examinaremos el apoyo que ha brindado la investigación a las intervenciones en general, así como a los tratamientos de problemas específicos.

Terapia de orientación psicoanalítica. Aunque los tratamientos de orientación psicoanalítica con frecuencia se emplean en el tratamiento de niños y adolescentes, suele requerirse la modificación de las técnicas tradicionales. Es poco probable que los menores entiendan o sean capaces de adherirse a los requisitos estrictos de un análisis ortodoxo tal como lo hacen los adultos. Por lo común, los niños y adolescentes no saben tratar la naturaleza altamente verbal, abstracta e introspectiva del proceso. Los niños que poseen un yo débil en particular o que viven en situaciones caseras en extremo amenazadoras con padres que no los apoyan, no suelen ser buenos candidatos para procedimientos psicoanalíticos.

No obstante, los enfoques psicoanalíticos modificados se han aplicado de manera amplia en niños. Aunque Anna Freud (1946b) creyó que los menores en terapia debían lograr una perspicacia de sus sentimientos y defensas atribulados, otros analistas menos tradicionales han procedido de diferente modo (Tuma, 1989). La frecuencia de las citas suele reducirse a una o dos veces por semana. El enfoque está más orientado a los síntomas y está diseñado para enseñar al niño que ciertos comportamientos son defensas contra la ansiedad. Todo esto puede ayudarle a negociar cierta etapa de desarrollo antes que "curarle" una fijación, por ejemplo. En general, las diferencias en los enfoques son de grado y no de tipo. Por ejemplo, podrían inducirse sueños diurnos antes que

sueños nocturnos. En una desviación mayor, puede utilizarse el juego más que la verbalización directa como vehículo de comunicación, según veremos en la siguiente sección.

Terapia de juego. En vez de usar los sueños o asociaciones libres, algunos terapeutas han elegido estudiar la vida psíquica del niño por medio del juego, ya sea de una variedad libre o estructurada. Se conduce al menor a un cuarto de juegos que contiene una variedad de materiales como una caja de arena, arcilla, marionetas, muñecas y juguetes de todo tipo. La manera en que juega, los objetos que elige y la naturaleza de sus verbalizaciones mientras juega pueden ser reveladores, catárticos y terapéuticos. Algunas veces el terapeuta participa en el juego y hace comentarios, sugerencias o guía al niño hacia ciertas áreas conflictivas o problemáticas. La naturaleza del juego del niño puede transmitir la forma en que se relaciona con otras figuras importantes en su vida, cómo maneja sus ansiedades y aspectos similares. En esencia, el juego se convierte en un sustituto de la verbalización.

Un ejemplo de *terapia de juego* es el enfoque de Solomon (1955). Él lleva al niño a una habitación con una mesa sobre la que se han colocado varias muñecas. El terapeuta elige una y luego le pregunta al niño qué hacer con ella. En ocasiones, las muñecas se acomodan de modo que representen a la familia del menor. Conforme éste acomoda las muñecas y juega, el terapeuta interpreta lo que el niño está haciendo, lo cual facilita la expresión de sentimientos de parte del paciente. Quizá se expresen durante el proceso las experiencias, anhelos e incluso los impulsos inconscientes de la familia concreta. No obstante, en general, la terapia de juego ha evolucionado en un conjunto de técnicas y procedimientos más bien ecléctico y amorfo.

La terapia de juego ya no se asocia sólo con una orientación psicodinámica, sino que también ha sido utilizada con un enfoque cognoscitivo conductual (Knell, 1998). Aunque puede ser que los niños no sean capaces de procesar las sutilezas verbales que caracterizan la terapia cognoscitiva para adultos, Knell (1998) afirma que la terapia de juego cognoscitiva conductual puede producir cambios cognoscitivos y conductuales en los niños por medio de técnicas como el modelamiento de habilidades de afrontamiento adaptativo, cambio cognoscitivo comunicado de manera indirecta por medio del juego y proveer oportunidades (de nuevo, por medio del juego) para que el paciente represente las situaciones problema y logre dominarlas. Por ejemplo, Knell (1998) expuso cómo se utilizó la terapia de juego cognoscitiva conductual en el caso de una niña de casi 5 años con ansiedad por separación:

> La niña lloraba de manera inconsolable y se abrazaba a su madre siempre que la separación resultaba inminente. Durante la TJ [terapia de juego] se le animaba a expresar sus sentimientos acerca de los temores a la separación a través de dibujos, cuentos y juegos de títeres. En estos últimos, el terapeuta la ayudó a experimentar con el temor de un títere a ser abandonado en la escuela, guiándola a través de una serie de discusiones. Estas discusiones incluían la elaboración de una lista de los temores del títere (por ejemplo, que su mami no regresara), así como listas de afirmaciones positivas (por ejemplo: "Puedo pensar en algo feliz", "Puedo pensar en mi mami, que regresará pronto"). El terapeuta, a través de la "voz" del títere, modeló habilidades de afrontamiento adaptativo para la niña y, conforme avanzaba la terapia, la niña comenzó a incorporar estas habilidades en sus cuentos, en el juego con títeres y, por último, en su comportamiento en la escuela. (p. 30)

Terapia del comportamiento. Las técnicas conductuales (revisadas en el Cap. 14) han sustituido a los métodos psicodinámicos como el tratamiento de elección para los problemas de la infancia. En cuanto a los niños, siempre ha parecido evidente que sus problemas son la consecuencia directa de los factores ambientales o de la gente que controla varios aspectos de su vida. Tanto los principios respondientes (el comportamiento se adquiere a través del condicionamiento clásico) como los principios operantes (el comportamiento se mantiene por sus consecuencias) parecen muy adecuados para explicar muchos comportamientos infantiles. Más aún, padres y profesores pueden aplicar estos principios con facilidad como parte del plan terapéutico. La mayor parte de estos procedimientos, sean de

desensibilización sistemática, terapia aversiva o técnicas de manejo de contingencias, resultan muy eficientes si se comparan con métodos psicodinámicos más antiguos y tradicionales. Los cambios que alguna vez requirieron meses e incluso años para ocurrir, pueden lograrse en 20 sesiones o menos. Los padres y los profesores pueden capacitarse para mejorar la efectividad de las técnicas y ayudar a asegurar que los cambios se generalicen fuera del consultorio del terapeuta.

El *entrenamiento para el manejo paterno* abarca un conjunto de procedimientos terapéuticos diseñados para "capacitar" a los padres a modificar el comportamiento de un niño o adolescente en casa. Los padres dominan los principios básicos del aprendizaje (manejo de contingencias, reforzamiento) y luego los ponen en práctica en casa. Involucrar a los padres en el proceso de tratamiento hace que sea más probable que ocurra el cambio del comportamiento en el niño o adolescente. Por ejemplo, Barkley (1987) ha elaborado un programa para enseñar habilidades de manejo del niño para padres de sujetos desafiantes y desobedientes. La tabla 20-6 muestra un folleto de este programa que instruye a los padres acerca de la forma de dar órdenes efectivas.

Pediatría conductual. Los psicólogos en clínica infantil y los psicólogos pediátricos también pueden contribuir en gran medida al manejo de los niños durante su estancia en el hospital. Ello incluye ayudar a prepararlos para procedimientos médicos particulares y asistir al menor y su familia para afrontar después los problemas médicos. Las técnicas empleadas aquí varían desde el ensayo conductual y la inoculación contra el estrés hasta varios métodos de revaloración cognoscitiva. Ya sea que el problema consista en un simple temor a las agujas o en estrés y dolor asociados al repetido cambio de vendas en pacientes con quemaduras, los métodos conductuales pueden ser de utilidad. El manejo del dolor y las jaquecas y asegurar el cumplimiento de regímenes médicos también son competencia de los *pediatras conductuales*.

Terapia cognoscitiva conductual. En años recientes la terapia cognoscitiva conductual se ha aplicado cada vez más a problemas como impulsividad, hiperactividad, ansiedad, depresión y trastornos de conducta. La idea básica es mejorar la solución de problemas y aumentar la planificación y la demora de la gratificación. Se cree que por medio de evaluaciones internas y autoafirmaciones se enseña a los niños a poner bajo control racional su anterior comportamiento problemático o angustioso. El vehículo por medio del cual se logra esto es la alteración de las cogniciones y el objetivo último es la creación de un "patrón de afrontamiento" nuevo y más adaptativo (Kendall, 1993).

Terapia familiar y de grupo. Muchos de los enfoques esbozados en el capítulo 15 como terapia de grupo o familiar son aplicables a los problemas de niños y adolescentes. Muchos de estos problemas se aprenden e incluso alimentan en el seno familiar; con frecuencia, remediarlos requiere la cooperación y el entendimiento de la unidad familiar. Debido a que los niños están muy influidos por sus familias y son producto de ellas, en algunos casos sólo tiene sentido tratar a la familia. No obstante, la relativamente escasa evidencia de la eficacia global de la terapia familiar (tabla 15-1) sugiere que podría utilizarse de manera selectiva en los casos o trastornos en que la evidencia apoya su efectividad. Por ejemplo, revisiones recientes sugieren que ciertas modalidades de terapia familiar tratan de forma efectiva los trastornos de ansiedad y de conducta en niños y adolescentes (Brestan y Eyberg, 1998; Ollendick y King, 1998; véase la tabla 20-8, más adelante).

Por lo que respecta a la terapia de grupo, un metaanálisis reciente indica que, en conjunto, los tratamientos de grupo para niños y adolescentes resultaron más efectivos que los grupos de control placebo y de lista de espera (Hoag y Burlingame, 1997). El tamaño del efecto total a lo largo de los tratamientos fue en promedio de .61, lo que indica que, en promedio, un niño o adolescente que recibió uno de estos tratamientos estaba mucho mejor que 73% de los integrantes de los grupos control. Aunque el bajo número de estudios tomados como muestra por Hoag y Burlingame (1997) imposibilitó realizar pruebas adecuadas de la eficacia de diferentes tipos de tratamientos de grupo y de tipos de problemas clínicos abordados, parece probable que algunas formas de tratamiento de grupo contra determinados problemas clínicos (como tratamiento de grupo cognoscitivo conductual para la depresión) son más efectivas.

TABLA 20-6 Folleto para padres de niños desafiantes o desobedientes

Folleto para padres:
Cómo dar órdenes efectivas

Durante nuestro trabajo con muchos niños con problemas de comportamiento, hemos descubierto que con sólo modificar la manera de dar órdenes a sus hijos, a menudo los padres obtienen mejoras significativas en la obediencia de aquéllos. Cuando esté a punto de dar una orden o instrucción a su hijo, asegúrese de hacer lo siguiente:

1. *¡Asegúrese de hablar en serio!* Es decir, nunca dé una orden a la que no tenga la intención de darle seguimiento hasta su cumplimiento. Cuando pida algo, planee respaldarlo con sus respectivas consecuencias, sean positivas o negativas, para demostrar que es verdad lo que ha dicho.
2. *No formule la orden en forma de pregunta o favor.* Dé la orden de manera simple y directa y en el tono de voz que se utiliza en un ambiente de trabajo.
3. *No dé demasiadas órdenes al mismo tiempo.* La mayoría de los niños son capaces de seguir sólo una o dos instrucciones a la vez. Por lo pronto, trate de dar sólo una orden concreta cada vez. Si la tarea que quiere que haga su hijo es complicada, descompóngala en varios pasos más pequeños y pida que haga un paso a la vez.
4. *Asegúrese de que el niño le está poniendo atención.* Asegúrese de tener contacto visual con el niño. De ser necesario, vuelva de manera suave el rostro del niño hacia el suyo para estar seguro de que le escucha y mira cuando le da la orden.
5. *Reduzca todas las distracciones antes de dar la orden.* Un error muy común que cometen los padres es tratar de dar instrucciones mientras está encendido el televisor, el estéreo o el juego de video. Los padres no pueden esperar que los niños les hagan caso cuando algo más entretenido está ocurriendo en la habitación. Apague estos distractores o pida al niño que los apague antes de dar la orden.
6. *Pida al niño que repita la orden.* No se requiere hacer esto con cada petición, pero puede hacerlo si no está seguro de que su hijo haya escuchado o entendido la orden. De igual manera, hacer que los niños con periodos breves de atención repitan la orden parece aumentar la probabilidad de que la seguirán hasta el final.
7. *Elabore tarjetas de quehaceres.* Si su hijo tiene edad suficiente para asignarle labores en el hogar, quizás encontrará práctico elaborar una tarjeta de quehaceres para cada labor. La tarjeta puede ser una sencilla ficha de cartulina de 7 × 12 cm. En ella estará la lista de pasos necesarios para el correcto cumplimiento de esa labor. Luego, cuando quiera que su hijo la realice, sólo déle la tarjeta y dígale que eso es lo que usted quiere que se haga. Desde luego, resulta sólo con niños que saben leer. Estas tarjetas pueden reducir en gran medida las discusiones que surgen después acerca de si un niño ha efectuado bien una labor o quehacer. Podría indicar también en la tarjeta cuánto tiempo debería tomar al niño realizar la labor y luego echar a andar un reloj de cocina para medir este periodo, de modo que el menor sepa con exactitud cuándo concluir.

Si sigue estos siete pasos, notará alguna mejoría en la obediencia de su hijo a sus peticiones. Cuando las utilice con otros métodos que su terapeuta le enseñará, pueden ocurrir mejoras notables en lo bien que su hijo escucha y se comporta.

Fuente: Barkley (1987). *Defiant Children: Parent-Teacher Assignments.* Nueva York: Guilford, página 43. Utilizado con autorización.

TABLA 20-7 Tamaño promedio del efecto ($\overline{TE}$) y equivalente porcentual para intervenciones psicológicas utilizadas para tratar niños y adolescentes

Estudio de metaanálisis	$\overline{TE}$	*Equivalente porcentual**
Casey y Berman (1985)	.71	76%
Weisz y cols. (1987)	.79	79%
Kazdin, Bass, Ayers y Rodgers (1990), sin control del tratamiento	.88	81%
Kazdin y cols. (1990), control activo	.77	78%
Weisz, Weiss y cols. (1995)	.71	76%

*El equivalente porcentual indica el porcentaje de los que no están recibiendo tratamiento cuyo resultado es superado por quienes sí reciben el tratamiento en cuestión.

Tratamiento psicofarmacológico. Los medicamentos pueden utilizarse como auxiliares de la psicoterapia en el tratamiento del niño. Los más utilizados son los que tratan el trastorno por déficit de atención con hiperactividad o TDAH (Pelham y Hinshaw, 1992). El medicamento contra el TDAH más recetado es el psicoestimulante metilfenidato (Ritalin). Aunque los estudios han demostrado los efectos positivos del Ritalin en el tratamiento de los síntomas del TDAH, no todos los niños y adolescentes responden de manera positiva (Pelham y Hinshaw, 1992). El precio, en forma de efectos secundarios, puede superar los beneficios y ha habido pocas demostraciones de beneficio a largo plazo en cuanto un pronóstico de mejora (Pelham y Hinshaw, 1992). Estos mismos puntos se aplican a otras formas de medicación que se utilizan para tratar el espectro de problemas clínicos que presentan niños y adolescentes.

¿Son efectivas las intervenciones psicológicas para niños y adolescentes?

Hemos descrito varias de las intervenciones psicológicas para niños y adolescentes que se emplean con mayor frecuencia. ¿Cuán efectivas resultan? Recientes revisiones de la literatura sobre el resultado del tratamiento concuerdan en que, en general, son efectivas (por ejemplo, Peterson y Bell-Dolan, 1995; Weisz, Donenberg, Han y Weiss, 1995). Esta conclusión se basa en los resultados convergentes de varios metaanálisis importantes de la literatura sobre el resultado del tratamiento. La tabla 20-7 resume los resultados de cuatro estudios metaanalíticos importantes.

Las estimaciones del tamaño del efecto a lo largo de estos estudios son muy consistentes y comparables con los informados para el tratamiento psicológico de adultos (Weisz, Weiss y cols., 1995). Tomados en conjunto, estos resultados metaanalíticos sugieren que el paciente niño o adolescente promedio que recibe tratamiento psicológico funciona mejor que más del 75% de quienes no lo reciben.

Aunque estos descubrimientos son estimulantes, se necesita, por diferentes razones, más investigación de resultados. Primera, se ha realizado un número desproporcionadamente mayor de estudios de resultados de tratamiento en adultos que en niños o adolescentes. Esta escasez relativa de estudios de resultados en niños y adolescentes no permite análisis más detallados dirigidos a comparar la efectividad de formas de tratamiento en competencia para el mismo problema clínico (por ejemplo, terapia cognoscitiva conductual frente a terapia de juego para la depresión infantil), ni análisis que identifiquen las variables del paciente o del terapeuta que puedan moderar los efectos del tratamiento. Lo que es más, cierta evidencia preliminar sugiere que la "terapia clínica" más naturalista es menos efectiva que la "terapia de investigación" (Weisz, Donenberg y cols., 1995). La generalización a partir de resultados metaanalíticos para situaciones que atañen a la psicoterapia tal como suele conducirse puede ser problemática, debido a que la literatura publicada suele informar acerca de estudios que emplean pacientes reclutados (y no referidos a la clínica), un enfoque de problema estrecho (y no amplio o múltiple) del tratamiento, tratamientos breves y de tiempo limitado, y sobre

todo tratamientos conductuales. Por ejemplo, un estudio reciente diseñado para probar si era efectiva la psicoterapia infantil tal como suele aplicarse en las clínicas, no pudo hallar evidencia para demostrar su superioridad sobre una condición de control (Weiss, Catron, Harris y Phung, 1999).

La investigación futura sobre intervenciones psicológicas para niños y adolescentes debería atender éstos y otros problemas metodológicos (Kazdin y Weisz, 1998; Peterson y Bell-Dolan, 1995; Weisz, Donenberg y cols., 1995). Más aún, estos resultados sugieren que los esfuerzos deberían dirigirse hacia el desarrollo y la instrumentación de tratamientos efectivos en establecimientos clínicos tradicionales (Kazdin y Weisz, 1998; Weiss y cols., 1999).

Aparte de la pregunta general acerca de si las intervenciones para niños y adolescentes son efectivas, resulta de considerable interés evaluar los méritos de las intervenciones psicológicas específicas para ciertos problemas tratados por psicólogos pediátricos y en clínica infantil. El lector quizá recuerde que en el capítulo 11 presentamos información acerca de tratamientos apoyados de manera empírica para varios problemas tratados por psicólogos (tabla 11-6). Pocas intervenciones para niños o adolescentes aparecen en esa lista. En parte como respuesta a este movimiento para evaluar el apoyo empírico de las intervenciones psicológicas, los psicólogos pediátricos y en clínica infantil han comenzado a evaluar en forma sistemática sus respectivas literaturas a fin de identificar las intervenciones para estas poblaciones que tienen apoyo empírico.

Hemos resumido los hallazgos de las revisiones recientes de la literatura de intervención tanto en psicología clínica infantil como en psicología pediátrica en las tablas 20-8 y 20-9, respectivamente. Como se puede apreciar, se han identificado varias intervenciones psicológicas apoyadas de manera empírica para problemas como depresión, fobia, trastorno de ansiedad, trastorno de conducta y trastorno por déficit de atención con hiperactividad (tabla 20-8). Casi todas estas intervenciones son de orientación conductual o cognoscitiva conductual. De manera similar, los tratamientos conductuales y cognoscitivos conductuales dominan la lista de los tratamientos apoyados de manera empírica en la psicología pediátrica (tabla 20-9). Este tratamiento está dirigido a problemas como jaquecas recurrentes, dolor abdominal recurrente, dolor relacionado con el procedimiento médico, obesidad pediátrica, asma desencadenado de manera emocional y efectos secundarios derivados de la quimioterapia contra el cáncer.

En síntesis, la literatura sobre la investigación sugiere que, en general, son efectivos los tratamientos psicológicos contra los problemas de la niñez y la adolescencia. Además, las revisiones recientes han identificado intervenciones específicas contra problemas específicos de niños y adolescentes que tienen apoyo empírico.

Prevención

Tomando una página del libro de la psicología comunitaria (Cap. 16), los psicólogos pediátricos y en clínica infantil han estado preocupados por la prevención de los problemas de la niñez. Desde luego, la prevención y el tratamiento son actividades que se mezclan y se fusionan. Recordemos del capítulo 16 que la prevención inicial está definida como contrarrestar los problemas antes de que tengan la oportunidad de desarrollarse, y la prevención secundaria incluye el tratamiento expedito de los problemas a fin de minimizar su impacto. Es cierto que el psicólogo pediátrico o en clínica infantil quiere prevenir los problemas antes de que ocurran o, por lo menos, identificarlos antes de que se salgan de control. En cualquier caso, la actitud del psicólogo pediátrico o del psicólogo en clínica infantil es de tipo proactivo (Peterson, Zink y Farmer, 1992).

En el contexto de la práctica pediátrica, Roberts (1986) gusta de utilizar el término *orientación previsora*: el empleo del asesoramiento y educación antes de las dificultades. Por ejemplo, cabe asesorar a los padres acerca de tener un hogar "a prueba de niños" en varias etapas del desarrollo del menor. Esto podría abarcar casi todo: desde cubrir los contactos eléctricos hasta evitar el paso a las escaleras. En un nivel más psicológico, podría incluir proveer información sobre cómo preparar al niño para el nacimiento de un hermano o la muerte de uno de los abuelos. En el caso de un niño con fibrosis quística, podría adquirir la forma de asesoramiento al pequeño acerca de cómo responder a las bromas de sus compañeros incitadas por las limitaciones físicas que impone la enfermedad.

Uno de los principios de la psicología comunitaria siempre ha sido la identificación de la gente en riesgo de desarrollar problemas subsecuentes. Un ejemplo es

TABLA 20-8 Ejemplos de intervenciones psicológicas para niños y adolescentes que tienen apoyo empírico para su eficacia

Problema	*Tratamiento*	*Revisión donde se cita*
Depresión (infantil)	Terapia cognoscitiva conductual	Kaslow y Thompson (1998)
Depresión (adolescente)	Terapia cognoscitiva conductual	Kaslow y Thompson (1998)
Fobias	Desensibilización sistemática	Ollendick y King (1998)
	Modelamiento (filmado y en vivo)	Ollendick y King (1998)
	Condicionamiento operante (práctica reforzada)	Ollendick y King (1998)
	Terapia cognoscitiva conductual	Ollendick & King (1998)
Trastornos de ansiedad	Terapia cognoscitiva conductual (TCC)	Ollendick & King (1998)
	TCC y manejo de ansiedad familiar	Ollendick & King (1998)
Trastorno de la conducta	Programa de entrenamiento paterno (Patterson)	Brestan & Eyberg (1998)
	Videocinta para modelar el entrenamiento paterno	Brestan y Eyberg (1998)
	Entrenamiento para el control de la ira con inoculación contra el estrés	Brestan y Eyberg (1998)
	Entrenamiento de la asertividad	Brestan y Eyberg (1998)
	Programa de prevención de la delincuencia	Brestan y Eyberg (1998)
	Terapia multisistémica	Brestan y Eyberg (1998)
	Terapia de interacción padre-hijo	Brestan y Eyberg (1998)
	Entrenamiento paterno	Brestan y Eyberg (1998)
	Entrenamiento de habilidades para la solución de problemas	Brestan y Eyberg (1998)
	Terapia racional emotiva	Brestan y Eyberg (1998)
	Tratamiento de tiempo fuera más colocación de señales	Brestan y Eyberg (1998)
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	Entrenamiento paterno conductual	Pelham, Wheeler y Chronis (1998)
	Modificación del comportamiento en el salón de clases	Pelham, Wheeler y Chronis (1998)

Nota: los tratamientos citados cubren los criterios para tratamientos "bien establecidos" o "con probabilidad de ser eficaces" de acuerdo con las directrices en Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Vea el capítulo 11 para más detalles.

el niño hospitalizado. Como expusimos en el contexto de los pediatras conductuales, hay mucho que hacer por esos niños. Se han diseñado programas para proveer información a los menores hospitalizados a fin de estimular la expresión de sus emociones, para ofrecerles estrategias de afrontamiento o sólo para ayudarles a formar relaciones de confianza. Además, como se mencionó en el capítulo 17, también se han desarrollado numerosas películas y cintas de video para ayudar a los niños a afrontar las intervenciones médicas.

Para ayudar en la prevención de problemas físicos, los programas de seguridad dirigidos hacia los niños han consignado problemas que abarcan desde

TABLA 20-9 Ejemplos de tratamientos con apoyo empírico en psicología pediátrica

Problema	*Tratamiento*	*Revisión donde se cita*
Jaqueca recurrente	Relajación/autohipnosis	Holden, Deichmann y Levy (1999)
	Retroalimentación biológica térmica	Holden, Deichmann y Levy (1999)
Dolor abdominal recurrente	Terapia cognoscitiva conductual	Janicke y Finney (1999)
Dolor relacionado con procedimientos médicos	Terapia cognoscitiva conductual	Powers (1999)
Obesidad pediátrica	Modificación del comportamiento	Jelalian y Saelens (1999)
Asma desencadenada por emociones	Retroalimentación biológica EMG Relajación	McQuaid y Nassau (1999) McQuaid y Nassau (1999)
Efectos secundarios por quimioterapia contra el cáncer	Imágenes con sugestión	McQuaid y Nassau (1999)
	Distracción con relajación	McQuaid y Nassau (1999)

cómo cruzar la calle con seguridad hasta cómo evitar ser secuestrados o molestados. También se han desarrollado programas para educar a los llamados "niños encerrados".* La investigación propone que las recomendaciones específicas y el asesoramiento pediátrico con los padres incrementarán el uso de los asientos seguros para automóvil. En fechas más recientes se han hecho intentos para integrar la investigación sobre las heridas de la infancia con la investigación acerca del abuso o la negligencia con los niños porque se pueden utilizar intervenciones similares para prevenir daños en ambas áreas (Peterson y Brown, 1994). La tabla 20-10 presenta un modelo de una secuencia de intervención dirigida a prevenir el abuso o la negligencia con los niños en familias de alto riesgo (Peterson y Brown, 1994). Éstas son sólo unas cuantas muestras de los muchos enfoques para la prevención que caracterizan a la psicología pediátrica en la actualidad.

Para que el lector no piense que sólo los psicólogos pediátricos (y no los psicólogos en clínica infantil) se preocupan por la prevención, vale la pena recordar parte de la investigación que se presentó en el capítulo 16. Como se describió en el recuadro 16-3, un metaanálisis realizado por Durlak y Wells (1977) de 177 programas de prevención primaria diseñados para prevenir problemas de salud mental en niños y adolescentes indicaron que, en promedio, estos programas de intervención resultaron efectivos en la reducción de problemas y los efectos perduraron con el tiempo. La mayor parte de estas intervenciones no ocurrió en un establecimiento médico. Por tanto, la prevención no es competencia exclusiva de los psicólogos pediátricos; también los psicólogos en clínica infantil están cada vez más involucrados. Entre los ejemplos de programas de prevención fuera de establecimientos médicos está un programa de prevención e intervención temprana para reducir los trastornos de ansiedad en niños de 7 a 14 años que estaban en riesgo de enfrentar estos problemas (Dadds y cols., 1999) y el Programa de Intervención para Niños de Padres Divorciados (Pedro-Carroll, 1997) dirigido a mejorar la adaptación de niños y adolescentes al divorcio de sus padres.

Consulta

Durante mucho tiempo, las relaciones vinculadas con la consulta han sido comunes en las vidas profesionales de los psicólogos pediátricos. Drotar (1995) y Roberts (1986) han descrito el proceso de consulta con cierta extensión y nosotros expondremos en esta sección los modelos que ellos resaltan. Aunque aquí se pondrá atención al psicólogo pediátrico, muchos puntos se aplican por igual a los psicólogos en clínica infantil.

*La expresión "niño encerrado" hace referencia a los hijos pequeños de padres que trabajan que deben pasar parte del día sin supervisión. En inglés se les denomina latchkey child, literalmente "niño de la llave del picaporte", pues a menudo llevaban la llave de su casa colgada al cuello. (Nota del traductor.)

TABLA 20-10 Plan de tratamiento propuesto para la prevención del abuso infantil o negligencia en niños de familias de alto riesgo

Sesión	*Áreas de contenido*
1	Introducción: orientación para el formato, metas, reembolso, reunión y conocerse
2	I. Solución de problemas básicos (es decir, reconocer y definir los problemas de vida típicos, anotar una meta, desarrollar opciones, plan de entrada, evaluar resultados)
	II. Paternidad positiva: cómo disfrutar de sus hijos
3–4	1. Volver a enfatizar el desarrollo normativo y cómo disfrutar las capacidades que despliega el niño
	2. Actividades recíprocas: juego guiado por el niño y reforzamiento mutuo
	3. Cómo ver el mundo a través de los ojos del niño
	III. Habilidades paternas
5–6	A. Habilidades generales
	1. Definición de comportamientos y objetivos
	2. Reconocimiento de objetivos de desarrollo adecuados
	3. Identificación de antecedentes y consecuencias
	4. Identificación de recompensas
	5. Identificación de un nivel de control razonable
7	B. Habilidades requeridas
	1. Cómo hacer peticiones para asegurarse de que serán cumplidas (órdenes alfa)
	2. Peticiones razonables
8–9	C. Reducción de la respuesta
	1. Ignorar
	2. Recompensar la ausencia de comportamientos negativos
	3. Tiempo fuera
	4. Superar la fase de "poner a prueba los límites"
10	D. Aumento de la respuesta
	1. Empleo del elogio
	2. Recompensas explícitas: recompensas adecuadas, economía de fichas
	IV. Cómo ampliar la paternidad
11	A. Seguridad infantil
	1. Disciplina y abuso: cómo la disciplina puede convertirse en abuso; resultados del abuso
	2. Responsabilidad en la selección de agentes para el cuidado que no sean abusadores
	3. Otro tipo de lesiones "a prueba de niños"
	4. Supervisión
	5. El niño como ser invaluable para la madre: trabajo para protegerlo
12	B. Cómo enfrentar los desafíos de la paternidad: cómo mantener las habilidades paternas y otros cambios sin grupo
13–14	V. Manejo de la ira
	A. Verse a través de los ojos del niño
	1. Recuerdo de los padres que uno tuvo, así como de su ira
	2. Caracterización de cómo ser el núcleo de los sentimientos de enojo
	B. Programación neurolingüística
	1. El enojo como sentimiento, color o estado
	2. Poder para alterar ese estado
15	C. Tratamiento conductual
	1. Relajación
	2. Percatarse de los desencadenadores de la ira
	3. Válvulas de seguridad
	4. Autoestima
	D. Paternidad exitosa al reducir la ira
16	VI. Casa abierta y revisión

Fuente: tomado de "Integrating Child Injury and Abuse-Neglect Research: Common Histories, Etiologies, and Solutions", de L. Peterson y D. Brown, 1994, *Psychological Bulletin, 116*, pp. 293-315.

Dados los problemas presentados en el escenario pediátrico, la consulta se ha convertido en parte integral de la función de los psicólogos. La consulta se da a los padres, pediatras, personal médico, sistemas escolares, agencias de beneficencia, sistemas judiciales juveniles y otras dependencias de servicios o de salud. Los temas de la consulta pueden variar desde problemas psiquiátricos, psicosomáticos o del desarrollo hasta cualquier tipo de dificultades relacionadas con los padecimientos comunes en los establecimientos de atención a la salud. En particular, los psicólogos pediátricos consultan con pediatras, quienes acuden con los psicólogos tanto como podrían consultar con otros especialistas, como cardiólogos u oncólogos. Debido a que los pediatras encuentran una gama amplia de niños tanto sanos como enfermos (quizá más que cualquier otro especialista durante las primeras etapas del desarrollo), suelen enfrentar problemas para los cuales tienen poco entrenamiento, conocimiento o interés en tratar. Por lo tanto, recurren al psicólogo.

La consulta puede darse en la práctica hospitalaria o en establecimientos de consulta externa. Puede incluir peticiones de ayuda inmediata y muy breve o de intervenciones a largo plazo. Las peticiones pueden adquirir la forma de conversaciones en el pasillo y llamadas telefónicas rápidas o de un estudio intensivo de diagnóstico de casos e informes escritos. Algunas intervenciones se hacen en forma directa con los niños; otras incluyen trabajo con la familia o con el personal del pediatra. De hecho se han ofrecido varios modelos de consulta (por ejemplo, Drotar, 1995). Vamos a considerarlos ahora.

Modelo de funciones independientes. Aquí, el psicólogo funge como especialista y realiza de manera independiente actividades de diagnóstico y tratamiento con pacientes remitidos por el pediatra (u otro profesional). Esto puede dar la apariencia relativa de no ser una colaboración. No obstante, se intercambia información entre las partes antes y después de que se atiende al paciente. Este modelo tiene varias ventajas (Drotar, 1995). Los profesionales médicos, como los pediatras, lo encuentran familiar y confortable. Además, el modelo es eficiente y de costo efectivo. Sin embargo, el contacto limitado puede conducir a consultas menos completas y a menores oportunidades de capacitación (Drotar, 1995).

Modelo de consulta indirecta. En este caso, el pediatra conserva la responsabilidad principal del manejo del paciente. El psicólogo tiene, cuando mucho, contacto limitado con el paciente real y hace su contribución a través de análisis de información que provee el pediatra (u otro especialista). Este tipo de consulta es característico de centros médicos en que la enseñanza es una función principal. Con frecuencia, la función del psicólogo es de tipo educativo o de supervisión, en especial cuando participan pediatras residentes. Este tipo de consulta puede abarcar: 1) contactos breves, como llamadas telefónicas o consultas informales en el pasillo; 2) presentación de información en seminarios, conferencias, talleres o en capacitación en el servicio para otros profesionales, o 3) situaciones en que otros profesionales llevan a cabo intervenciones psicológicas o conductuales específicas recomendadas por el psicólogo. Por ejemplo, éste desarrolla directrices específicas y se las da al pediatra, quien las pone en práctica o supervisa a los padres que efectúan la intervención real. Estas directrices quizás incluyan cómo manejar problemas como los berrinches, mojar la cama, problemas a la hora de comer o manejo del comportamiento en general. Roberts (1986) ha proporcionado una lista de directrices de muestra o protocolos para la evaluación y el tratamiento de problemas de la niñez.

Como señaló Drotar (1995), es más probable que la consulta indirecta sea bien recibida y efectiva si la atención se centra en la importancia clínica y hay aplicaciones prácticas que la sigan. No obstante, también hay algunas limitaciones e inconvenientes (Drotar, 1995). Este modelo puede consumir mucho tiempo y puede ser visto como detractor por el tiempo invertido en servicio clínico directo. Además, los pediatras y otro personal médico con frecuencia quieren soluciones inmediatas, a las que no siempre se prestan los problemas clínicos complejos.

Modelo de equipo interdisciplinario. Un tercer modelo representa lo que la mayoría considera una verdadera colaboración. Aquí, el pediatra, el psicólogo, la enfermera u otros trabajan juntos y comparten la responsabilidad y la toma de decisiones. Podríamos referirnos a esto como "manejo conjunto de caso". Aquí, los profesionales implicados actúan como igua-

les funcionales. Desde luego que tal modelo no siempre es posible en establecimientos que no se dedican a la enseñanza o investigación por varias razones prácticas y financieras. Sin embargo, este modelo es muy adecuado para los casos en los que intervienen de forma clara características médicas y psicológicas. La consulta efectiva del equipo de colaboración evoluciona con el tiempo entre los que han trabajado juntos en forma estrecha, que respetan la opinión de otros y que ofrecen experiencia que complementa la que poseen otros miembros del equipo (Drotar, 1995). El más grande de los desafíos es que los miembros del equipo aprendan unos de otros, desarrollen nuevas habilidades profesionales y mantengan sus identidades profesionales (Drotar, 1995).

Enseñanza

Los problemas de enseñanza tanto en la psicología clínica infantil como en la psicología pediátrica han llegado a la línea del frente en años recientes. Ello se debe en parte al creciente interés en los problemas de salud y médicos y en el desarrollo de la colaboración entre medicina y psicología.

Roberts y colaboradores (1998) presentaron hace poco tiempo un modelo de enseñanza para psicólogos que proporcionarán servicios a niños y adolescentes. Estas recomendaciones se aplican a los que buscan convertirse en psicólogos en clínica infantil o en psicólogos pediátricos, aunque en ambos casos quizá se requiera alguna enseñanza especializada adicional. Roberts y colaboradores (1998) hicieron una lista de sus recomendaciones por área temática.

1. *Psicología del desarrollo del ciclo de vida.* Quienes se están capacitando deberían adquirir conocimiento y experiencia en procesos de desarrollo (social, cognoscitivo, emocional, conductual, físico) y en cómo pueden influir estos procesos en la evaluación, el diagnóstico, el tratamiento y el resultado.
2. *Psicopatología del desarrollo del ciclo de vida.* Quienes se están capacitando deben estar expuestos a información sobre trastornos mentales, emocionales y del desarrollo y desarrollo anormal.
3. *Métodos de evaluación de niños, adolescentes y familias.* Quienes se están capacitando deberían aprender a aplicar e interpretar las evaluaciones (intelectual, de la personalidad, conductual, familiar, del contexto sociocultural) que suelen utilizarse con niños y adolescentes. También deberían concentrarse en evaluaciones con apoyo empírico y apreciar de qué manera pueden influir en ellas los antecedentes étnicos o culturales o los impedimentos físicos.
4. *Estrategias de intervención.* Quienes se están capacitando deberían conducir intervenciones con niños y adolescentes, padres, familia, escuela y comunidad, así como consultar la literatura de investigación acerca de su efectividad.
5. *Evaluaciones de métodos y sistemas de investigación.* Quienes se están capacitando deberían familiarizarse con métodos de investigación de modo que les resulte posible hacer valoraciones de la evaluación, los tratamientos y los servicios. Además, deberían ser capaces de realizar investigaciones sobre temas importantes.
6. *Problemas profesionales, éticos y legales.* Quienes se están capacitando deben familiarizarse con problemas propios de niños, adolescentes y familias. Entre estos problemas están el informe de abuso de niños, la custodia, confidencialidad, obligación de proteger y las leyes estatales y federales relacionadas.
7. *Problemas de diversidad.* Quienes se están capacitando deben reconocer el papel de la etnicidad y la cultura y la manera en que las diversas creencias y expectativas afectan la evaluación, intervención e interacción entre los sistemas de suministro de servicios y los niños o adolescentes y sus familias.
8. *Disciplinas múltiples y sistemas de suministro de servicios.* Los servicios para niños y adolescentes se han hecho de naturaleza más interdisciplinaria y abarcan diferentes sistemas de suministro de servicios. Quienes se están capacitando deben exponerse a otras disciplinas (pediatría y práctica familiar, trabajo social) y a la manera en que los profesionales de estas disciplinas buscan abordar los problemas.
9. *Prevención, apoyo de la familia y promoción de la salud.* Quienes se están capacitando requieren experiencia en otras formas de intervención que mejoren la calidad de vida y puedan ayudar a prevenir problemas futuros.
10. *Problemas sociales que afectan a niños, adolescentes y familias.* Varias circunstancias sociales (desastres naturales, abuso y negligencia, violencia)

pueden tener un gran impacto en el bienestar de niños, adolescentes y sus familias. Quienes se están capacitando deben tener conocimiento de estas adversidades potenciales y apreciarlas.

11. *Experiencia especializada en evaluación, intervención y consulta.* Quienes se están capacitando deben adquirir una gama más amplia de experiencias aplicadas a una variada selección de niños, adolescentes y sus familias. Esto significa trabajar en varios escenarios (como hospitales médicos, dependencias de salud mental del sector público).

Roberts y colaboradores (1988) creen que la enseñanza en estas áreas debería darse por medio de cursos didácticos, observación en un establecimiento aplicado o de investigación y suministro de servicios supervisado. Estas experiencias pueden obtenerse en las fases de la enseñanza previa al doctorado, en el internado y después del doctorado.

Por lo que respecta a la enseñanza especializada en psicología pediátrica, Drotar (1998) señala que son complejas las necesidades de quienes se están capacitando en la disciplina. Por lo menos, los psicólogos pediátricos deben aprender a dar consulta y a colaborar con médicos para reconocer y manejar los problemas clínicos que se encuentran en establecimientos pediátricos, a enseñar a quienes proveen cuidados primarios los principios del comportamiento y el desarrollo, y a vincularse con la investigación interdisciplinaria. Estos objetivos de la enseñanza pueden cumplirse por medio de cursos didácticos, observación de psicólogos pediátricos en estas situaciones y en experiencia directa en el campo.

El futuro de las psicologías clínica infantil y pediátrica

¿Qué hay más adelante para la psicología clínica infantil y pediátrica? Para cerrar, señalaremos varias tendencias y problemas que confrontarán estas especialidades conforme entren en el siglo XXI.

1. *Problemas relacionados con la etnicidad, raza o cultura.* Conforme la población de Estados Unidos se diversifica, clínicos e investigadores por igual deben comprometerse a brindar sus servicios a niños y adolescentes de grupos subrepresentados (Culberston, 1993). Las tendencias demográficas sugieren una gran escasez de profesionales para satisfacer las necesidades de esta población. Los programas de enseñanza necesitan proporcionar la instrucción y la experiencia requerida para preparar de manera adecuada a los futuros psicólogos pediátricos y en clínica infantil a fin de satisfacer estas necesidades.
2. *Investigación.* Como ya se mencionó, se requiere más investigación sobre las intervenciones más frecuentes en niños y adolescentes. También resulta crucial realizar más investigación que evalúe la función de la etnicidad, la raza y la cultura en el tratamiento de niños y adolescentes. Foster y Martínez (1995) proporcionan un panorama agradable de problemas conceptuales y metodológicos que necesitan considerarse desde esta línea de investigación. De acuerdo con las predicciones de los expertos, ¿cuáles serán las áreas de investigación más importantes en el futuro? La tabla 20-11 muestra los resultados tomados de una encuesta con psicólogos pediátricos y en clínica infantil.
3. *Modelos innovadores de tratamiento.* Las intervenciones tradicionales (terapia uno a uno) quizá no sean las más prácticas o efectivas en el tratamiento de niños o adolescentes. Hace poco, un informe de un equipo especializado de trabajo hizo las siguientes recomendaciones respecto de los servicios de salud mental para niños, adolescentes y sus familias (Henggeler, 1994):
   a. Reducir el uso de servicios de pacientes internos y de tratamiento residencial, e incrementar el empleo de servicios basados en el hogar y la comunidad.
   b. Capacitar a los proveedores en el suministro de servicios de costo efectivo e incrementar su responsabilidad.
   c. Aumentar la integración de servicios (salud mental, educación, atención primaria).
   d. Proveer servicios individualizados flexibles y obtener el apoyo de las familias.
4. *Mayor concentración en la prevención de lesiones y en la prevención de abuso o negligencia con niños.* Las lesiones son la causa principal de muerte entre los niños, y la seguridad y salud de éstos están recibiendo más atención de parte de psicólogos y legos por igual. A menudo,

TABLA 20-11 Clasificación de las tendencias de investigación importantes para el futuro

Clasificación	*Experiencia pediátrica*	*Experiencia en clínica infantil*
1	Enfermedad crónica	Abuso sexual
2	Prevención	Depresión/suicidio infantil
3	Intervenciones costo/beneficio	Psicopatología del desarrollo
4	Efectividad del tratamiento	Prevención
5	Seguimiento de las indicaciones médicas	Tratamiento de trastornos del comportamiento
6	Neuropsicología	Custodia y arreglos de vida alternativos
7	Problemas manifiestos	Influencias paternas en el desarrollo
8	Intervención temprana con niños en riesgo	Sistemas de diagnóstico para niños
9	Estrategias de investigación	Efectividad de la terapia
10	Abuso y negligencia con niños	Neuropsicología infantil

Fuente: tomado de "Future Directions in Pediatric and Clinical Child Psychology", de K. L. Kaufman, E. W. Holden y C. E. Walker, *Professional Psychology: Research and Practice*, 1989, *20*, 148-152. Derechos reservados 1989 por American Psychological Association. Reimpreso con autorización.

la frontera entre las lesiones involuntarias o inadvertidas y las que resultan de la negligencia o el abuso es confusa (Peterson y Brown, 1994). Cada vez más, los psicólogos están desarrollando y aplicando intervenciones dirigidas tanto a quienes proporcionan cuidados como a los niños (Peterson y Roberts, 1992), y es muy probable que esta tendencia continúe.

Resumen del capítulo

Los psicólogos pediátricos se concentran más en la relación entre el bienestar psicológico y físico de niños y adolescentes, tienden a ser de orientación más conductual, destacan los problemas médicos y biológicos y es más probable que den consulta a pediatras y otros médicos que sus colegas en clínica infantil. No obstante, también hay gran cantidad de superposiciones entre ellos. Tanto los pediátricos como los psicólogos en clínica infantil adoptan una perspectiva de desarrollo acerca de los problemas, participan en una variedad de actividades de evaluación (entrevistas, observaciones conductuales, pruebas psicológicas), tratan un abanico amplio de problemas y están involucrados en iniciativas de prevención.

Además de la descripción general de las funciones y actividades de los psicólogos pediátricos y en clínica infantil, este capítulo se ha enfocado en la evidencia que comprueba la eficacia de determinadas intervenciones en problemas específicos encontrada tanto por los psicólogos en clínica infantil como los pediátricos. También hemos dado un panorama de los modelos de enseñanza para estos psicólogos. Por último, hemos resaltado varios temas importantes que en el futuro deben abordar psicólogos pediátricos y en clínica infantil, como los problemas de diversidad étnica, racial y cultural. Las áreas importantes para la investigación futura incluyen intervenciones, abuso sexual, prevención y problemas médicos, modelos de tratamiento innovadores y prevención de lesiones, abuso y negligencia.

Términos clave

consulta Acto mediante el cual una persona que proporciona servicios a otros consigue la ayuda de un experto con el propósito de mejorar esos servicios. Varias dependencias de servicios de salud, sociales y legales consultan con psicólogos pediátricos y en clínica infantil sobre dificultades psiquiátricas, del desarrollo, psicosomáticas u otras relacionadas con padecimientos.

cuestionarios y listas de verificación Mediciones objetivas del comportamiento o la personalidad. En el contexto de la evaluación infantil, se suele pedir a los adultos que están en contacto frecuente con el niño que completen escalas, listas de comprobación o cuestionarios basados en su observación de los comportamientos del paciente. Cuando se cree que éste es capaz de brindar un informe confiable, puede aplicársele una medición objetiva de manera directa.

entrenamiento para el manejo paterno Conjunto de procedimientos terapéuticos que enseñan a los padres a modificar el comportamiento de un niño o adolescente en casa utilizando técnicas conductuales como el manejo de contingencias.

entrevistas estructuradas de diagnóstico Cierta clase de entrevistas que evalúan los criterios que se dan en el manual de diagnóstico mediante la formulación de las mismas preguntas a todos los entrevistados en la misma secuencia. Se dispone de algunas entrevistas de diagnóstico estructuradas para evaluar en niños y adolescentes tanto los trastornos internalizados como los externalizados.

evaluación cognoscitiva En la psicología pediátrica y en la psicología clínica infantil, evaluación de los factores cognoscitivos que pueden regular los problemas del comportamiento, emocionales o médicos del niño. Por ejemplo, el sentido de autoeficacia de un niño o la falta de entendimiento de un problema o un tratamiento puede tener un impacto importante en el nivel de estrés del menor o en el éxito del tratamiento.

evaluación de sistemas familiares Enfoque de evaluación basado en la idea de que los problemas de un niño se insertan en el contexto familiar, de modo que para entender y tratar de manera adecuada sus problemas hay que entender también el sistema familiar.

evaluación neuropsicológica Enfoque de evaluación basado en las relaciones entre el cerebro y el comportamiento establecidas de manera empírica que valora las debilidades y fortalezas relativas de una persona en diversas áreas. La neuropsicología infantil ha crecido como especialidad en los años recientes debido a una mayor concentración en los trastornos del desarrollo neurológico, así como a la reducción de la mortalidad debida a condiciones devastadoras.

fortaleza Término que se refiere a las características de la persona, la familia o el entorno extrafamiliar (por ejemplo, sociabilidad, ventajas socioeconómicas, relaciones estrechas y de cuidado con adultos prosociales fuera de la familia) que están asociados con la capacidad de un individuo para vencer la adversidad y obtener buenos resultados.

observación conductual Método en el cual un individuo es observado de manera directa para obtener un mejor entendimiento del comportamiento problema, así como de los factores que lo mantienen. Los niños y adolescentes pueden observarse utilizando estrategias naturalistas, análogas, participativas o de autoobservación. También se dispone de una variedad de sistemas de codificación para estimar su comportamiento en el hogar o en el salón de clases.

pediatría conductual Aplicación de técnicas conductuales y/o cognoscitivas a los problemas encontrados por los niños en escenarios médicos (cómo prepararse para procedimientos médicos, manejo del dolor, cumplimiento de regímenes de tratamiento, etcétera).

prevención Principio que afirma que, a largo plazo, las actividades preventivas serán más eficientes y efectivas que el tratamiento individual administrado después de la aparición de la enfermedad o los problemas. La psicología pediátrica y la clínica infantil se concentran en la prevención de los problemas de los niños por medio de (por ejemplo) proporcionarles educación, establecer programas de seguridad e identificar y tratar de manera proactiva a los niños en peligro.

pruebas de inteligencia Pruebas que miden la capacidad mental general o el nivel de capacidades de una persona. En la psicología pediátrica y en la clínica infantil, las pruebas de inteligencia se utilizan para responder preguntas que se refieren a habilidad intelectual, deficiencias académicas o el desarrollo de un plan de educación individualizado.

pruebas de rendimiento Pruebas que evalúan el aprendizaje pasado a través de una variedad de temas diferentes, en particular el aprendizaje que se asocia con programas de capacitación o académicos.

psicología clínica infantil Rama de la psicología que tiene que ver con la evaluación y el tratamiento de niños y adolescentes tras el desarrollo de síntomas psicopatológicos. Con frecuencia este trabajo se realiza en establecimientos de práctica privada o en clínicas de pacientes externos. Aunque hay mucha superposición entre las subespecialidades, los psicólogos en clínica infantil suelen ser más variados en sus orientaciones teóricas de lo que son los psicólogos pediátricos, y tienden a poner mayor énfasis en la enseñanza de la evaluación, los procesos de desarrollo y la terapia familiar.

psicología pediátrica (También conocida como psicología de la salud infantil.) Rama de la psicología que tiene que ver con el tratamiento de niños y adolescentes antes o durante la primera etapa del desarrollo de la psicopatología. Los pacientes de la psicología pediá-

trica suelen ser remitidos por pediatras y el trabajo suele realizarse en establecimientos médicos. En comparación con los psicólogos en clínica infantil, los psicólogos pediátricos tienden a utilizar estrategias de intervención inmediatas y de corto plazo, así como a subrayar los problemas médicos o biológicos en sus enfoques de investigación y tratamiento.

terapia cognoscitiva conductual Sistema de terapia que subraya la función del pensamiento en la etiología y el mantenimiento de los problemas. Al enseñar a los niños a alterar sus conocimientos a través de evaluaciones internas y autoafirmaciones, la terapia apunta a mejorar la solución y la planificación del problema del menor, a ayudarlo a retrasar la gratificación y a poner bajo control racional cualesquiera conductas problemáticas.

terapia de juego Conjunto ecléctico de técnicas que se valen del juego expresivo como sustituto o complemento de las verbalizaciones. La manera en que juegan los niños, los objetos que eligen y la naturaleza de cualquier verbalización que hacen mientras juegan pueden ser reveladores catárticos, terapéuticos, o ambos.

terapia de orientación psicoanalítica En psicología pediátrica y en psicología clínica infantil, modificación del enfoque psicoanalítico a fin de explicar la incapacidad de los niños para adherirse a los requerimientos tradicionales de análisis o para tratar con la naturaleza altamente abstracta del análisis acostumbrado. En general, este enfoque enseña a los niños que ciertos comportamientos son defensas contra la angustia y les ayudan a superar con éxito su etapa de desarrollo.

terapia del comportamiento Popular sistema para tratar trastornos, el cual se basa en principios operantes o de respuesta. Las técnicas conductuales suelen ser el tratamiento que se elige para problemas de la infancia debido a que dan cuenta de muchos comportamientos de la niñez, son eficientes y los pueden aplicar con facilidad padres y profesores.

terapia familiar Forma de psicoterapia en que el terapeuta ve a varios miembros de la familia, además del paciente identificado. La terapia familiar se basa en la idea de que muchos de los problemas exhibidos por niños o adolescentes se aprenden y aun refuerzan en el seno familiar, de modo que su resolución requiere la cooperación de la unidad familiar.

trastorno del comportamiento Trastorno en el cual un niño o adolescente viola de manera reiterada y persistente los derechos básicos de otros o las principales normas o reglas sociales.

trastornos externalizados Trastornos de la infancia (como el trastorno del comportamiento o el trastorno por déficit de atención con hiperactividad) que se caracterizan por problemas de conducta o comportamientos agresivos o impulsivos.

trastornos internalizados Trastornos de la infancia (como el trastorno del humor o de la ansiedad) que se caracterizan por síntomas de angustia, depresión, timidez y aislamiento social.

Sitios web de interés

20-1 Sociedad de Psicología Pediátrica (The Society of Pediatric Psychology; División 54)
www.apa.org/divisions/div54/

20-2 Psicología clínica infantil (División 53)
www.psy.fsu.edu/~clinical_child

20-3 El futuro de los niños
www.futureofchildren.org

20-4 Lineamientos de la APA para proveedores de servicios psicológicos a poblaciones étnica, lingüística y culturalmente diversas (APA Guidelines for providers of Psychological Services to Ethnic, Linguistic, and Culturally Diverse Populations)
www.apa.org/pi/oema/guide.html

20-5 Examen psicológico de niños de minorías lingüísticas y de culturas diferentes
www.apa.org/pi/oema/psych.html

20-6 Oficina de Información de la Ciencia de la Prevención (Prevention Science Clearinghouse)
www.oslc.org/ecpn/psc97.html

20-7 Sociedad para la Investigación de la Prevención (Society for Prevention Research)
www.oslc.org/spr/sprhome.html

ÍNDICE ONOMÁSTICO

ÍNDICE ANALÍTICO

G

H

I

J

M

R

S

T

U

V